

ふりがな			
氏名			
生年月日	S	H	年 月 日 (歳)
現住所	〒		
電話番号	自宅もしくは携帯 (連絡が付きやすい番号)		
職業		身長	cm 体重 kg

※アフターピルの患者様へ 避妊行為に失敗した日時をご記入ください。(行為から72時間以内のため)

年 月 日 時頃

1. 月経について () の中の記入と、○で囲んでください。

- 初めて月経が始まった年齢 () 歳
- 閉経した年齢 () 歳
- 最後の月経 (年 月 日から 日間) ・ (不明)
- その前の月経 (年 月 日から 日間) ・ (不明)
- 月経周期・・・月経が始まった日から、次の月経が始まるまでの日数
 - ・ 順調 () 日型 ・ 不順 短い時で () 日型、長い時で () 日型
- 月経は何日続きますか? (~) 日間
 - 月経の量 (・ 多量 ・ 中量 ・ 少量)
 - 月経時の症状 (・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ なし)

2. 今までの妊娠や分娩について、すべて記入してください。

- 妊娠歴： ・ なし
- ・ あり () 回
 - 分娩 () 回【 正常分娩 () 回、帝王切開 () 回 】
 - 自然流産 () 回、人工中絶 () 回、子宮外妊娠 () 回
 - 胞状奇胎 () 回

3. 今までにかかった病気を教えてください。(手術も含む。)

- ・ なし
 - ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 性感染症
 - ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他 ()
- 手術 (内容 _____ 才頃)

4. 食物や薬のアレルギーがある方は記入してください。

- ・ なし ・ あり (内容 _____)

5. 今現在、おたばこを吸っていますか?

- ・ いいえ ・ はい (_____ 本/日) 記入ありがとうございました。