

看護師記入時間	(	:	)
体温	℃	血圧	/ mmHg
脈拍	回/分		
呼吸数	回/分	Spo2	%
紹介状持参	無 ・ 有	(	)
かかりつけ医	無 ・ 有	(	)
持参資料	無 ・ 有	(	)
付き添い	無 ・ 有	(	)

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ (_____) 歳

職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

【女性のみ】妊娠: していない ・ 可能性あり ・ している (_____) 週 ・ 授乳中

未婚 ・ 既婚 (_____ 才時) 婦人科受診経験 (あり ・ なし)

月経以外の出血(月 日頃から 月 日頃まで)
 妊娠かどうか→市販薬にて妊娠反応+(月 日)・未施行
 月経が遅れている 月経の量が多い 月経の期間が長い 月経痛
 おりもの かゆみ 下腹痛 腰痛
 尿もれ(咳・くしゃみ等によって) 尿が近い 排尿痛 残尿感
 頭痛 肩こり のぼせ 不眠
 不妊の相談 子宮癌検診 他院からの紹介 当院の他科紹介 里帰り出産
 その他(

病気：がん（ ） ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中（ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血 ）
喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 甲状腺疾患 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ 盲腸 ・ 骨折
人工関節 ・ 帝王切開 ・ 腫瘍切除
その他（ ）
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？
どなた（ ）が、いつ（ ）病名（ ）
手術：いつ（ ） 術名（ ）
輸血：なし ・ あり

●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない ・ やめた ・ 吸う) (本／日) (歳～ 歳まで)

飲酒・・・(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類() 量(合 mL)

(歳～ 歳まで 回／週 ・ 月)

《裏面に続く》

●今までに子宮癌検診を受けたことがありますか。 なし ・ あり（最終検診日 年 月）

●月経について教えてください。

初潮（ 才） 閉経（ 才） 月経の周期 およそ（ ）日型 ／ 不規則
月経時の痛み さほどでもない ／ 我慢できる痛み ／ 痛い（鎮痛剤を飲んでいる）
月経量 少ない ／ 普通 ／ 多い（パットにおさまらない）
最後にあった月経 （ ）月（ ）日から（ ）月（ ）日

●性交渉について教えてください。

これまでに性交渉の経験はありますか？ （ ある ・ ない ）
現在、性交渉のあるパートナーはいますか？ （ いる ・ いない ）

●妊娠、分娩について教えてください。

お子さんは何人生みましたか（ ）人 自然流産（ ）回／人工中絶（ ）回
最終流産日（ 年 月） 最終中絶日（ 年 月）

	分娩日	分娩週数	分娩の種類	出生体重	性別	健康か否か
第1子	年 月		正常 異常(帝王切開・骨盤位・早産等)	g	男・女	健 ・ 否
第2子	年 月		正常 異常(帝王切開・骨盤位・早産等)	g	男・女	健 ・ 否
第3子	年 月		正常 異常(帝王切開・骨盤位・早産等)	g	男・女	健 ・ 否
第4子	年 月		正常 異常(帝王切開・骨盤位・早産等)	g	男・女	健 ・ 否

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ