

受付がすみしたら、2階の「外来受付2」へご提出ください。
※産科初診は2階で受け付けますのでご注意ください。

LMP(/)

GA (w d)

EDC(/)

年 月 日

産科外来受診の方へ

フリ ガナ
氏 名

診察券登録番号

年齢 歳 / 身長 cm / 体重 kg

■本日受診された理由は何ですか？主なものにチェックをつけて下さい。

妊娠 市販検査薬 + - 未実施、検査日(/)

当院分娩希望 あり なし 未定

妊婦健診は？ (他院希望・ 当院希望・ 未定)

出血 腹痛 おりもの かゆみ

その他 _____

■結婚していますか？ 未婚 結婚____歳 離婚____歳 再婚____歳

■ご職業は何ですか？ _____

■ご主人は健康ですか はい いいえ:病名(_____)

ご主人はたばこを吸いますか？ はい いいえ

■初経(初めての生理)は何歳ですか？ _____歳

■一番最近の月経はいつからですか？ _____月 _____日より _____日間

■一番最近の月経量は平常より 多量 中等量 少量

■普段の月経の周期は何日型ですか？ 28日 30日 その他(_____日) 不規則

■今回の妊娠成立法は？

自然妊娠

不妊症治療で妊娠→具体的に(_____)

《ウラ面へ続きます》

