

フリガナ		生年 月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	身長 cm	体重 (妊娠前) kg
氏名					
住所	〒 -				職業
	電話番号 ( )				

令和 年 月 日

**【1】 本日の受診理由をお聞かせください。(高齢妊娠、超音波で胎児異常、ご家族の遺伝性疾患など)**

**【2】現在の妊娠について**

▶ 現在の妊娠週数 週 日	<input type="checkbox"/> 体外受精	採卵日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 自然妊娠、 <input type="checkbox"/> 排卵誘発、 <input type="checkbox"/> 人工受精、 <input type="checkbox"/> 顕微授精		移植日: 年 月 日
▶ 分娩予定日 20 年 月 日、 <input type="checkbox"/> 未定、		
▶ 最終月経 20 年 月 日から 日間、 <input type="checkbox"/> わからない		
▶ 通院中の産科医療機関( )、担当医師名( )		

※ことわりなく、こちらから上記の医療機関に連絡をすることはございません。

**【3】生活・体質などについて**

▶ タバコ(吸わない・吸う 本/日)

▶ アレルギーはありますか? ない・ある  
→ 薬剤( )・花粉症・アトピー・喘息・食物( )・金属

▶ 今まで病気をしたことはありますか? ない・ある  
→ 高血圧、糖尿病、全身性エリテマトーデス(SLE)、抗リン脂質抗体症候群  
手術( )、その他( )

▶ 現在、服用中の薬はありますか? なし・ある( )

▶ 結婚されていますか? はい・いいえ・結婚予定  
パートナー氏名( )、年齢( )歳、職業( )

▶ ご本人、パートナーおよびご兄弟、ご両親、過去の妊娠、生まれたお子様について染色体や  
遺伝子検査を行ったことはありますか?( )

**【4】妊娠・出産歴について**

▶ 妊娠歴 回(現在の妊娠は含めず) → うち流産( 回)、中絶( 回)

	流産歴	経過	妊娠週数	医療機関
1	年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		
2	年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		
3	年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		

	出産歴	性別	体重	週数	医療機関	分娩方法	先天疾患など
1	年 月 日	男・女	g			経膣・帝王切開	
2	年 月 日	男・女	g			経膣・帝王切開	
3	年 月 日	男・女	g			経膣・帝王切開	