

5) 妊娠・出産歴について

性交経験 無 ・ 有【婦人科診察 可 ・ 不可】

妊娠回数_____回、出産回数_____回、流産回数_____回、中絶回数_____回

年 月 日			週数	妊 娠 転 帰					
西暦	年	月	週	正常分娩	帝王切開	死産	流産	子宮外妊娠	中絶
西暦	年	月	週	正常分娩	帝王切開	死産	流産	子宮外妊娠	中絶
西暦	年	月	週	正常分娩	帝王切開	死産	流産	子宮外妊娠	中絶
西暦	年	月	週	正常分娩	帝王切開	死産	流産	子宮外妊娠	中絶

妊娠中の経過で問題があった場合は以下に記載してください。

6) 持病や今までにかかった病気について

無 ・ 有 (○をつけてください)

喘息 高血圧 糖尿病 甲状腺 肝臓病 心臓病 精神疾患 その他()

受けた手術 ① (: 年 月)

② (: 年 月)

7) アレルギーについて

無 ・ 有 (重要:少しでも症状があれば記載してください)

	名前	いつ頃	症状
薬剤			
造影剤			
アルコール			
フルーツ			
ゴム製品			
花粉・ハウスダスト			
そのほか			

7) 喫煙歴について なし あり 現在 (1日 本、 年間)

現在 (1日 本、 年間) 過去に喫煙していた (1日 本、 年間)

8) その他、お聞きになりたいことがある方は自由にご記載ください。