

ふりがな		生年月日	S・H 年 月 日			
氏 名	(歳)	携帯番号				
住所		身長		cm	体重	kg
職業		夜勤	有・無		休日	有・無

婚姻歴 ☐未婚 ☐結婚の予定がある
☐結婚は未定
☐既婚（ 年 月結婚） ☐早い妊娠を希望
☐今は妊娠を希望しないが、()歳までには妊娠したい
☐身体の状態を知りたい

あなたの月経周期についてお答えください

初 経： 歳 最終月経：(月 日 ～ 日間) 本日：(受診日)生理開始 日目
 周 期： ☐順調(日型) ☐不順(日型 ～ 日型)
 生理痛： ☐ない ☐ある(鎮痛剤の服用 有・無)
 生理以外の出血： ☐ない ☐ある(子宮がん検診の受診日 最終 年 月)
 生理について、気になることがあれば、記入ください

()

過去に病気を指摘されたことはありますか？

☐ない ☐ある 病 名： 病院名：(年 月 ～ 年 月)

現在内服している薬はありますか？

☐ない ☐ある お薬名： 服用期間(年 月から服用)

過去に手術を受けられたことがありますか？

☐ない ☐ある 病 名： 病院名：(年 月 ～ 年 月)

薬でアレルギーが出たことがありますか？

☐ない ☐ある 薬剤名：

食物アレルギーはありますか？

☐ない ☐ある 食品名：

基礎体温をつけていますか？

☐いいえ ☐はい

性交(セックス)の経験はありますか？

☐いいえ ☐はい

過去の妊娠はありますか？

☐ない ☐ある 年 月 ごろ

過去に流産はありますか？

☐ない ☐ある 年 月 ごろ

過去に中絶はありますか？

☐ない ☐ある 年 月 ごろ

妊娠しにくいのかな？と心配になる要因はありますか？ ☐ない ☐ある

(「ある」と答えた方は、具体的にお書きください)

以下の質問にお答えください

・運動はされていますか？ ☐いいえ ☐はい(運動名：) 運動する時間、頻度を教えてください (時間： 頻度：)
 ・たばこを吸いますか？ ☐いいえ ☐はい (1日 本 × 年)
 ・冷え症はありますか？ ☐いいえ ☐はい
 ・貧血ですか？ ☐いいえ ☐はい
 ・便秘ですか？ ☐いいえ ☐はい
 ・浮腫みやすいですか？ ☐いいえ ☐はい
 ・疲れやすいですか？ ☐いいえ ☐はい
 ・睡眠はどれくらいですか？ (約 時間) 起床： 時 就寝： 時