

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 且
 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

裏へ続く

「食事について」

- ・3食きちんと食べていますか？ ☐はい ☐いいえ(食べられない理由:)
- ・食事時間は決まっていますか？ ☐はい ☐いいえ
(朝:____時 昼:____時 夕:____時)
(____週 ____回)
- ・外食の頻度はどれくらいですか？
- ・野菜はどの程度食べていますか？ ☐毎日食べる ☐時々食べる ☐あまり食べない ☐嫌い
- ・肉と魚はどちらをよく食べますか？ ☐肉 ☐魚
(何をどの程度食べますか:)
- ・よく間食をしますか？ ☐はい ☐いいえ
(何をどの程度食べますか:)
- ・サプリメントを飲んでいますか？ ☐はい ☐いいえ
(種類と量:)
- ・お酒はよく飲みますか？ ☐はい ☐いいえ
(何をどの程度飲みますか:)