

アレルギー ・ なし

薬や注射で副作用を起こしたこと ・ なし

月経時の出血量 月経痛

性交(セックス)経験

結婚

妊娠したこと

分娩(出産)回数	西暦	年	月	西暦	年	月	西暦	年	月	
	回	普通分娩	・	帝王切開	普通分娩	・	帝王切開	普通分娩	・	帝王切開
自然流産	回	西暦	年	月	西暦	年	月	西暦	年	月
異所性妊娠	回	西暦	年	月						
人工流産(中絶)	回	西暦	年	月	西暦	年	月	(secret or not)		

今までかかった主な病気

手術を受けたこと

ぜんそくにかかったこと

輸血を受けたこと

子宮がん検診を受けたこと

子宮頸がんワクチンを受けたこと

血縁関係の方に特別な病気の方 (両親、祖父母等)

生活習慣について 飲酒

喫煙

服用中のお薬は

※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出して下さい

あなたの職業

家族構成

ご記入ありがとうございました