



【 3 】 結婚歴

未婚 (性交歴 無 ・ 有 )

既婚 (結婚 \_\_\_\_\_ 才、 離婚 \_\_\_\_\_ 才、 再婚 \_\_\_\_\_ 才 )

【 4 】 妊娠歴

妊娠 \_\_\_\_\_ 回

流産 (自然 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 才、 \_\_\_\_\_ 才、 \_\_\_\_\_ 才)

(人工 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 才、 \_\_\_\_\_ 才、 \_\_\_\_\_ 才)

分娩 \_\_\_\_\_ 回 (初産 \_\_\_\_\_ 才、最終分娩 \_\_\_\_\_ 才)

異常 無 ・ 有 \_\_\_\_\_

【 5 】 既往歴

婦人科の病気 無 ・ 有 (病名 \_\_\_\_\_ 才)

婦人科の手術 無 ・ 有 (病名 \_\_\_\_\_ 才)

その他の病気 無 ・ 有 (病名 \_\_\_\_\_ 才)

その他の手術 無 ・ 有 (病名 \_\_\_\_\_ 才)

【 6 】 家族の病歴

病名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

【 7 】 その他

現在服用している薬がありますか? 無 ・ 有 \_\_\_\_\_

アレルギー (食物・薬剤を含めて) 無 ・ 有 \_\_\_\_\_

たばこ (吸わない ・ 吸う \_\_\_\_\_ 本/日)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

当クリニックを

インターネット

友人・知人の紹介

他のドクターの紹介

雑誌・本など

看板

その他 ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ で知った