

☐First visit 初診

☐Last visit 最終受診

Y M

☐Last visit more than a year ago 1 年以上前が最終受診

Name in Katakana か							
Name 名前							
Date of Birth 生年月日	Y M		Your weight before pregnancy 妊娠前の体重( kg) Your height 身長( cm)				
Address 住所	〒						
Nationarity 国籍			Language 言語				
Telephone number 電話	Home telephone number 自宅( ) Mobile telephone number 本人携帯( ) Emergency Contact name 緊急連絡先( ) Emergency Contact number 緊急連絡先( )						
The address before and after birth other than your home address 自宅以外の出産前後の居住地	Address 住所  Telephone number 電話						
Occupation 職業							
Menstruation 月経	Last menstrual period 最終月経 Y M D ~ M D ( days) Menstrual cycle 月経周期 days( Regular 順 ・ Irrgular 不順 ) Basal body temperature 基礎体温(Measuring daily 測定中 ・ Not measuring daily 測定してない)						
Marriage 結婚	<input type="checkbox"/> Married 既婚 Age when you married 結婚年齢( ) <input type="checkbox"/> Remarried 再婚 Your husband's name 夫氏名( ) Your husband's age( )Your husband's occupation( ) <input type="checkbox"/> Unmarried 未婚 <input type="checkbox"/> Planning to get married 入籍予定 Your partner's name パートナー氏名( ) Your partner's age( )Your partner's occupation( )						
Pregnancy history 妊娠歴	<input type="checkbox"/> None なし <input type="checkbox"/> Yes あり Number of births 出産( Times) ・ Number of miscarriages 流産( Times) Number of abortions 中絶( Times) ・ Number of abnormal pregnancies 異常妊娠( Times)						
Child birth history 出産歴	1) M	Y	weeks	Natural birth 自然 Suction 吸引 Forceps delivery 鉗子 Caesarean section 帝王切開	Male 男 Female 女 g	healthy 健 unhealthy 否	this clinic other clinic
	2) M	Y	weeks	Natural birth 自然 Suction 吸引 Forceps delivery 鉗子 Caesarean section 帝王切開	Male 男 Female 女 g	healthy 健 unhealthy 否	this clinic other clinic
	3) M	Y	weeks	Natural birth 自然 Suction 吸引 Forceps delivery 鉗子 Caesarean section 帝王切開	Male 男 Female 女 g	healthy 健 unhealthy 否	this clinic other clinic
	4) M	Y	weeks	Natural birth 自然 Suction 吸引 Forceps delivery 鉗子 Caesarean section 帝王切開	Male 男 Female 女 g	healthy 健 unhealthy 否	this clinic other clinic

\* Confirmation of Pregnancy 妊娠の確認

1. Did you have a pregnancy test?妊娠検査をされましたか

- ☐At home 自宅( + ・ - )      ☐At the hospital 病院(Expected date of birth      Y      M      D)  
☐I haven't had a pregnancy test.検査していない

2. About this pregnancy 今回の妊娠について

- ☐Natural pregnancy 自然妊娠      ☐Pregnancy after fertility treatment 不妊治療後の妊娠

3 If you find out you are pregnant,妊娠が確認された場合

- ☐I will choose delivery at this clinic.当院で分娩希望  
☐I will choose delivery at another place.他院で分娩希望(Homecoming 里帰り      ・      Other その他)  
☐I will choose abortion.中絶希望

4. I currently suffer from the following symptoms.気になる症状がある(      )

\* We are going to ask questions about your illnesses in the past and present(Medical history).

今までに罹った事のある病気と現在治療している病気についてお伺いします

※Please write them down because they may get worse or recur while pregnant and during birth.

妊娠・分娩で思いがけず病気が再発・悪化することがありますので正確に記入してください

- ☐None なし  
☐Child asthma 小児喘息      ☐Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎  
☐Asthma 喘息(When was your last attack?最終発作はいつ      ago, Age:      )  
☐Thyroid disease 甲状腺疾患(      )      ☐Hepatitis B B型肝炎      ☐Hepatitis C C型肝炎  
☐Epilepsy てんかん      ☐Mental illness 精神疾患(      )      ☐Panic disorder パニック障害  
☐High blood pressure 高血圧      ☐Diabetes 糖尿病      ☐Gynecological disease 婦人科の病気  
☐Uterine fibroid 子宮筋腫      ☐Ovarian cyst 卵巣嚢腫      ☐Endometriosis 子宮内膜症  
☐Others その他(      )

\* We are going to ask about the medical history of your family.家族(血縁関係)の病歴についてお伺いします

Please state whether one of your parents or siblings suffered from anything listed below.

(      )の中に父・母・兄弟などを記入してください

- ☐None なし  
☐High blood pressure 高血圧(      )☐Diabetes 糖尿病(      )      ☐Cancer 癌(      )  
☐Hepatitis B B型肝炎(      )      ☐Hepatitis C C型肝炎(      )  
☐Others その他(      )

\* Do you currently take any medication?現在服用している薬はありますか

- ☐None なし      ☐Yes あり(      )

\* Have you ever had any surgery?今までに手術を受けたことがありますか

- ☐None なし      ☐Yes あり(      )

\* Have you ever had a blood transfusion?輸血を受けたことがありますか

☐None なし      ☐Yes あり(When? )

\* Do you have any drug allergies?薬のアレルギーはありますか

☐None なし      ☐Yes あり(Drug name 薬品名      Symptom 症状 )

\* Do you have any food allergies?食べ物のアレルギーはありますか

☐None なし      ☐Yes あり( )

\* We are going to ask about cigarette and alcohol.たばこ・飲酒についてお伺いします

Cigarette たばこ      ☐I don't smoke.吸わない

☐I smoke.吸っている(How many per day?一日に何本 )

Do you intend to stop smoking?たばこを止めるつもりはありますか( Yes ・ No )

Alcohol 飲酒

☐I don't drink.飲まない

☐I drink sometimes.ときどき飲む

☐I drink everyday.毎日飲む