



**【4. 既往歴や定期健診について】**

- ① 婦人科の病気を指摘されたことが ない ある→(病気の名前) \_\_\_\_\_ (何歳頃) \_\_\_\_\_  
 (子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣のう腫、子宮内膜炎、卵管炎、腹膜炎、など) : ○で囲む
- ② 上記以外の病気を指摘されたことが ない ある→高血圧 糖尿病 甲状腺疾患 精神疾患  
心臓病 肝臓病 膵臓病 腎臓病 その他( \_\_\_\_\_ )
- 手術をされたことが ない ある→ (手術名) \_\_\_\_\_  
 (何歳頃) \_\_\_\_\_ (診断施設) \_\_\_\_\_

指摘されたことがある方は、かかりつけ医師より妊娠の許可がおりて いる いない

\* 必要に応じてかかりつけ医師より紹介状を、ご持参いただく場合があります

- ③ 現在使用しているお薬が ない ある→(薬の名前) \_\_\_\_\_
- ④ 喘息と診断されたことが ない ある (最終発作) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 (使用薬) ない ある→ \_\_\_\_\_
- ⑤ アレルギーが ない ある 薬 ( \_\_\_\_\_ ) 金属 ゴム製品 卵 大豆 花粉症 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑥ ご家族・近い親戚の中で次のような病気の方が いない いる→続柄を記入(例)糖尿病(母)  
 糖尿病( \_\_\_\_\_ ) 高血圧( \_\_\_\_\_ ) その他の病気( \_\_\_\_\_ )  
 乳がん( \_\_\_\_\_ ) 子宮がん( \_\_\_\_\_ ) その他のがん( \_\_\_\_\_ ) 部位( \_\_\_\_\_ )
- ⑦ 子宮頸がん検診を 受けていない 受けた→ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (最近の検診)
- ⑧ 乳がん検診を 受けていない 受けた→ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (最近の検診)

**【5. 精神的ストレスについて】**

- ① 今の状況に精神的ストレスを感じていますか  
意識したことがない 感じない あまり感じない 少し感じている 非常に感じている
- ② 誰かに相談してみたいですか → いいえ はい
- ③ 宗教上の制限が ある ない

**【6. 検査や治療について】**

\* 今までに他院で検査や治療をされたことが ない ある → あてはまるものにチェックをしてください

病院名: \_\_\_\_\_ 受診していた期間: \_\_\_\_\_

\* 他院でおこなった検査や健診結果がある場合は、ご持参していただくことで省ける場合がございます

(検査)	はい	いいえ	不明	(治療)	はい	いいえ	不明
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	タイミング療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホルモン採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工授精	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子宮卵管造影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体外受精	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
クラミジア検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	顕微授精	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性交後検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
精液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

\* その他の検査や治療があれば記載して下さい \_\_\_\_\_

◎ 当院で希望される検査や治療に関しまして、あらかじめ伝えたいことがあればご記入下さい。

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

《 ご協力ありがとうございました 》

**【栄養】**

あなたの最近の栄養状態について、お伺いします。

- ① 最近(もしくは前回の受診以降)あまり食欲がない。 はい / いいえ  
 ② 最近(もしくは前回の受診以降)体重が減った。 はい / いいえ

**【運動機能】**

あなたの運動機能の状態について、お伺いします。

設問	はい(○)/いいえ(×)	点数配分
よく物忘れをして困っている。		2点
歩くときに、杖や歩行器など補助具を使用する。		2点
過去、1年以内に転んだことがある。		3点
睡眠剤(マイスリー、レンドルミンなど)、安定剤(リスパダール、セレネースなど)を服用している。		1点
尿回数が多い(日中8回以上、夜間2回以上)		1点
目が見えにくく、日常生活が不自由である。		1点
合計点(5点以上は転倒高リスク)		点

**【疼痛】**

あなたの現在のからだの痛みについてお伺いします。

- ① 現在、からだに痛みがある。 はい / いいえ  
 →①の質問で『はい』とお答えした方にお伺いします。

② どこが痛みますか。具体的にお答え下さい。

③ いつから痛みを感じていますか。

④ いまの痛みの大きさに該当する数字を○で囲んで下さい。



**【感染症 その他】**

その他の症状についてお伺いします。

- ① 長く続く咳が出る。 はい / いいえ  
 ② 皮膚にぶつぶつ(発疹・じんましん・水ぶくれ)が出ている。 はい / いいえ