

7. 飲酒の習慣はありますか？ はい いいえ

(種類 _____ 回/週 _____ 本・杯)

8. 喫煙の習慣はありますか？

(約 _____ 年間 _____ 本/日) 禁煙した(_____ 年 _____ 月より)

9. この1年間に婦人科のがん検診を受けましたか？ はい いいえ

“はい”と答えた方 _____ 月 結果：問題なし ・ 問題あり クラス()

10. 月経について

◇初経年齢 _____ 歳 ◇性交経験： あり・なし

◇最近の月経期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで _____ 日間

◇周期： 順調 _____ 日周期 ・ 不順 ◇量： 多い・ふつう・少ない

◇痛み： あり・なし “あり”と答えた方→服用 あり薬品名 _____ ・ なし

11. 現在妊娠していますか？ している ・ 可能性あり ・ していない

12. 授乳中ですか？ はい いいえ

13. 妊娠・出産について

◇妊娠： あり・なし (“あり”とお答えされた方は下記もご記入ください)

| | 年齢 | 経過 |
|--------------|----|----------------------|
| 年 月 日 (妊娠 週) | 歳 | 正常分娩・帝王切開・流産・中絶・異常分娩 |
| 年 月 日 (妊娠 週) | 歳 | 正常分娩・帝王切開・流産・中絶・異常分娩 |
| 年 月 日 (妊娠 週) | 歳 | 正常分娩・帝王切開・流産・中絶・異常分娩 |

14. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

“はい”とお答えされた方は下記もご記入ください

| 時期・年齢 | 病名 | 治療(手術の有無など) |
|----------|----|-------------|
| 年 月 (歳) | | |
| 年 月 (歳) | | |
| 年 月 (歳) | | |