

# 産婦人科外来カルテ

初 診

	年 月 日 紹介者	No.
氏名	殿 住所	連絡先

	年 月 日生 ( 歳)	TEL
--	-------------	-----

結婚	職業	配偶者	TEL
----	----	-----	-----

主 訴 無月経・月経異常・性器出血・下腹痛・腰痛・肩こり・帯下・  
 痒痒感・排尿障害・悪阻・癌検診・不妊・避妊

現病歴

月 経	最終月経	月	日	～	日間
	(その前の月経	月	日	～	日間)
	整・不整	日型	障害		

妊娠歴	妊娠	回	流産 (自然	回	人工	回)
	分娩	回	妊娠・分娩異常			
	児	人				

既往症 心疾患・肝疾患・腎疾患・高血圧・糖尿病・貧血症・手術(有・無)・その他  
 家族歴

アレルギー：ピリン・サルファ剤・副腎皮質ホ・抗生物質

出血性素因：

血 型	Rh	梅毒反応	HBs抗原	(配偶者	血型	Rh	)
-----	----	------	-------	------	----	----	---

超音波検査	トップラ法	+	-		尿 {	蛋白	+-
	断 層 法	GS	+	-		糖	+-
		HB	+	-		ウロビリノーゲン	+++-
血圧	/			血色素	g/dl		
身長	cm			妊娠反応	+ ± -		
体重	kg						

診 断	分娩予定日	年	月	日
-----	-------	---	---	---

分 娩：当院 帰産 他医

特記事項

