

お母さんと赤ちゃんの安心、安全のため、保健センターに連絡させていただくことができます。

以下の問診にお答えください。

☐ 初診      ☐ 年 月 最終受診      ☐ 1年以上前が最終受診

フリガナ			生年月日	年 月 日( )歳			
氏 名			今回の妊娠前の体重( )kg 身長( )cm				
住 所	〒			外国籍の方 国籍( ) 言語			
電話	自宅 本人携帯 緊急連絡先(夫・ 様)携帯						
自宅以外の出産 前後の居住地	住所 ( )方 電話						
職 業	本人( )※現職又は妊娠前の職業						
月 経	最終月経 年 月 日 ~ 月 日( )日間 月経周期( )日型(順・不順) 基礎体温(測定中・測定してない)						
結 婚	<input type="checkbox"/> 既婚 結婚年齢( )歳 <input type="checkbox"/> 再婚( )歳 夫 氏名( ) 夫 年齢( )歳 職業( ) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 入籍予定 パートナー氏名( ) パートナー年齢( )歳 職業( )						
妊娠歴	<input type="checkbox"/> 妊娠なし <input type="checkbox"/> 妊娠あり 出産( )回・流産( )回・中絶( )回・異常妊娠( )回						
出 産 歴	1) 年 /	自然・吸引・鉗子 帝王切開(理由 )	男( )週 女 g	現在 健・死・否	当院 他院	黄疸治療 有・無	その他
	2) 年 /	自然・吸引・鉗子 帝王切開(理由 )	男( )週 女 g	健・死・否	当院 他院	有・無	
	3) 年 /	自然・吸引・鉗子 帝王切開(理由 )	男( )週 女 g	健・死・否	当院 他院	有・無	
	4) 年 /	自然・吸引・鉗子 帝王切開(理由 )	男( )週 女 g	健・死・否	当院 他院	有・無	
現在授乳中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
経産婦さんへ		お子様が生後1ヵ月以内に GBS 感染症にかかりましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> なし					

●妊娠の確認

1. 妊娠検査をされましたか  
☐ 自宅(+、-)      ☐ 病院      予定日がでている方はご記入ください  
☐ 検査していない      ( 年 月 日)
2. 今回の妊娠について  
☐ 自然妊娠      ☐ 不妊治療後の妊娠( )
3. 妊娠が確認された場合  
☐ 分娩希望      当院(無痛希望 有 ・ 無 ・ 検討中 )      ・ 他院      ・ 出産場所考え中  
☐ 中絶希望      ☐ 出産するか迷い中
4. 気になる症状がある( )
- 2 枚目もご記入ください↓

●婦人科の病気がありますか ☐なし ☐あり  
☐子宮筋腫 ☐卵巣嚢腫 ☐子宮内膜症 ☐その他( )

●甲状腺の病気がありますか ☐なし ☐あり  
☐甲状腺機能低下症 ☐甲状腺機能亢進症  
☐内服なし ☐内服あり(薬品名 )

●不妊治療で内服していた薬はありますか ☐なし ☐あり(薬品名 )

●心療内科、精神科に通院したことがありますか ☐なし ☐あり

	診断名	症状	内服薬	病院名
( )歳頃～ (期間 )				

●上記以外で病気がありますか ☐なし ☐あり  
☐小児喘息 ☐喘息(最終発作 ヲ月前 歳) ☐アレルギー性鼻炎  
☐アトピー ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心疾患 ☐貧血 ☐B型肝炎  
☐C型肝炎 ☐H I V ☐梅毒 ☐その他( )

●現在服用している薬はありますか ☐なし ☐あり(薬品名 )

●手術を受けたことがありますか  
いつ頃( 年 月) 病院名( )  
診断名( ) 術式( )

●輸血を受けたことがありますか  
☐なし ☐あり いつ頃( )理由( )

●アレルギーはありますか  
☐なし ☐あり(薬品名 症状 )  
(食品名 症状 )  
(その他 )

●家族(血縁関係)の疾患について( )に子・父・母・兄弟を記入してください  
☐なし ☐高血圧( ) ☐糖尿病( )  
遺伝性疾患( )  
☐2 1 トリソミー ☐1 8 トリソミー ☐二分脊椎 ☐その他( )

●たばこ 飲酒について  
たばこ ☐吸わない  
☐吸っている( 本/日)  
飲酒 ☐なし ☐ときどきする ☐毎日する

●経産婦の方にお伺いします 健診や分娩時お子様の預け先がありますか  
☐あり(夫・実家・保育園や幼稚園・友人・その他 )  
☐考え中

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。