

1	フリガナ		生年月日	年齢	職業	妊娠前
	妊婦氏名		S H			身長 c m 体重 K g BMI ( )
	ご連絡先	携帯番号		固定電話		
	婚姻状況	①既婚(初婚・再婚→前パートナーとの子供 人) ②未婚(入籍予定 あり・なし )				
2	住民票のある住所	(〒 )				
3	現住所(上記と異なる場合)	この住所に何年お住まいですか?( 年)				
4	緊急時の連絡先	連絡先氏名	電話番号		続柄	
		①			夫(パートナー)	
5	配偶者または妊娠成立のお相手	フリガナ	生年月日	年齢	職業	
		既婚(初婚・再婚→前パートナーとの子供 人) 健康状況: 健康 ・不可→				
6	家族構成	本人を含めた総家族数( )人 (妊婦さんから見た続柄で同居されている方、全員を○で囲ってください。) 夫・パートナー・子ども( )人・父親・母親・祖父・祖母 夫(パートナー)の母・夫の父・夫の祖母・夫の祖父 その他( )				
7	ご家族の健康状態	ご自身の両親、兄弟姉妹、祖父母、叔父、叔母に以下の病気を <u>現在もしくは過去</u> に 罹った方がいらっしゃいますか? <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患(病名: )				
8	今回の妊娠について	不妊治療の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 治療内容( ) 他院での妊娠検査について <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 自分で妊娠検査した( 月 日) <input type="checkbox"/> 受けた( 月 日) 予定日は( 月 日)とされている				
	最終月経	( )年( )月( )日から開始 月経周期は( )日型で <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順				
9	過去の妊娠・出産歴	分娩様式	分娩所要時間	出生体重・性別	出血量	
	1 年 月 週	人工流産/自然流産/ 自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g 男・女	ml	
	2 年 月 週	人工流産/自然流産/ 自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g 男・女	ml	
	3 年 月 週	人工流産/自然流産/ 自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g 男・女	ml	
	4 年 月 週	人工流産/自然流産/ 自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g 男・女	ml	
	5 年 月 週	人工流産/自然流産/ 自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g 男・女	ml	
10	過去のご妊娠、出産について	<input type="checkbox"/> つわりがひどかった( )Kg減った→内服した、入院した、点滴した <input type="checkbox"/> 切迫流産、早産→自宅安静、内服した、入院した( )ヶ月まで、手術した <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> お産の出血が多かった(母子手帳の出血欄に500ml以上もしくは「多量」と記載されている) <input type="checkbox"/> 産後うつ病				
11	過去ご出産されたお子様について	以下で当てはまるものがあれば、印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 肩甲難産(お産の時に赤ちゃんの肩が出にくかった) <input type="checkbox"/> 死産( 年 月 週) <input type="checkbox"/> 新生児仮死(今は健在である) <input type="checkbox"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> B群溶連菌(GBS)感染症 <input type="checkbox"/> 新生児黄疸(高ビリルビン血症) <input type="checkbox"/> その他(具体的に )				

12	1) 今まで罹られた病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 自己免疫性疾患 <input type="checkbox"/> その他(病名: _____)			
	2) 今まで罹られた婦人科のご病気	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 最後( _____ 年 _____ 月)			
	3) 子宮円錐切除術	<input type="checkbox"/> 受けたことがない <input type="checkbox"/> 受けたことがある→時期: _____ 年 _____ 月 病院名: _____			
	4) 過去の手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	_____ 年 _____ 月	_____ 病名	_____ 病院名
	5) 過去の輸血歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期: _____ 年 _____ 月 輸血理由: _____)			
	6) 今までに心理的な、あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医師または心療内科医師に相談したことありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期: _____ 年 _____ 月 診断名を言われた場合は下記に記入して下さい)			
13	既往歴	_____ 病名	_____ 治療内容	_____ 完治の有無	_____ 病院名
		_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____
14	現在、治療・通院中のご病気	_____ 薬品名 (1錠 _____ mg)	_____ 内服回数	_____ 病院名	_____ 通院回数
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
15	歯科治療	現在( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) 義歯( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )			
16	サプリメントの内服	<input type="checkbox"/> なし 葉酸(妊娠前からの服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> その他サプリ( _____ )			
17	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(最終発作: _____)			
18	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食物名: _____)			
	薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名: _____)			
19	本人のたばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 喫煙中( _____ 本/日)			
	夫(パートナー)のたばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 喫煙中( _____ 本/日)			
	本人のアルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 週に1~3回程度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日( _____ を _____ ml/日)			
	夫(パートナー)のアルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 週に1~3回程度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日( _____ を _____ ml/日)			
20	妊娠中、産後の協力者	<input type="checkbox"/> いる	夫・パートナー	_____ (年齢)	_____ 居住地
			自分の両親や姉妹	_____ 自分の母 ( _____ )	_____
			夫・パートナーの両親や姉妹	_____ 父 ( _____ )	_____
			その他(具体的に: _____)	_____ 姉妹 ( _____ )	_____
			<input type="checkbox"/> いない・わからない	_____ ( _____ )	_____
21	困った時に相談する人	夫・パートナー 自分の両親や姉妹 夫・パートナーの両親・姉妹 その他( _____ )	_____ 夫・パートナーの母 ( _____ )	_____	
			_____ 父 ( _____ )	_____	
			_____ 姉妹 ( _____ )	_____	
			_____ ( _____ )	_____	
			_____ ( _____ )	_____	
22	現在「困ったこと」、「悩んでいること」、「不安なこと」はありますか?	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 自分の身体のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)関係 <input type="checkbox"/> 家族関係のこと <input type="checkbox"/> 育児の仕方 <input type="checkbox"/> 気持ちの焦り <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 自分を責めるような気持ち <input type="checkbox"/> その他 _____		
			<input type="checkbox"/> 特に思い当たらない		

