

1	フリガナ		生年月日	年齢	職業	妊娠前
	妊婦氏名	S H				身長 cm 体重 Kg
	婚姻状況	①既婚(初婚・再婚) 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	連絡者氏名	電話番号	続柄		
		①				
		②				
5	フリガナ		生年月日	年齢	職業	
	パートナー(夫)氏名					
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、あるいは兄弟姉妹に以下の病気を現在もしくは過去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"/> 精神疾患(病名:) <input type="checkbox"/> その他遺伝性の疾患(病名:)				
8	今回の妊娠について	不妊治療の有無 有り(治療内容:) 無し				
9	過去の妊娠・出産歴	年月	週数	分娩様式	分娩所要時間	出生体重
	1	年月	週日	人工流産/自然流産/ 自然/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g
	2			人工流産/自然流産/ 自然/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g
	3			人工流産/自然流産/ 自然/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g
	4			人工流産/自然流産/ 自然/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g
	5			人工流産/自然流産/ 自然/鉗子/吸引/帝王切開	時間 分	g
10	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 <input type="checkbox"/> 死産(年 月 週) <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <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)				
11	ご自身の健康状態について					
	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"/> 自己免疫性疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患(病名:) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血栓症 <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"/> その他()				