

12	3)過去の手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時期: 年 月 手術名:)
13	4)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)
14	5)現在、内服している薬	処方された病院名() 処方薬剤名() 内服量()
15	6)喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(最終発作:)
16	7)アレルギー	
	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:)
17	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 /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 /日)
18	妊娠中、産後の協力者	<input type="checkbox"/> いる 夫・パートナー 自分の両親や姉妹 夫・パートナーの両親や姉妹 その他(具体的に:)
		<input type="checkbox"/> いない・わからない
19	困った時に相談する人	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 自分の両親や姉妹 <input type="checkbox"/> 夫・パートナーの両親・姉妹 <input type="checkbox"/> その他()
20	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 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/>妊娠・出産について <input type="checkbox"/>経済的なこと <input type="checkbox"/>自分の身体のこと <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 その他() </div>
		<input type="checkbox"/> 特に思い当たらない

たくさんの質問にお答えいただき、ありがとうございました。😊