

1	フリガナ		生年月日	年齢	職業	妊娠前	
	妊婦氏名		S H			身長 体重 BMI( cm kg )	
	ご連絡先	携帯電話			固定電話		
	婚姻状況	① 既婚 ( ___歳の時初婚・ ___歳の時再婚→前パートナーとの子ども ___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)		
		②					
5	フリガナ		生年月日	年齢	血液型	職業	
	配偶者またはパートナー氏名						
		① 既婚 ( 初婚・再婚→全パートナーとの子供 人 ) ② 健康状態: 良好 持病あり					
6	家族構成 (同居している方を○ で囲ってください)	夫・パートナー・子ども ( ) 人・父親・母親・夫(パートナー)の(父・母)・ 祖父母 ( ) ・その他の人 ( ) ※本人を含む総家族数( ) 人					
7	ご家族の健康状態	ご自分の両親や兄弟姉妹、祖父母、叔父叔母に以下の病気を現在または過去に患った方がいますか。 また、それはどなたですか。 <input type="checkbox"/> 高血圧 ( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( ) <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 ( ) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ( ) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 脳卒中 ( ) <input type="checkbox"/> 精神疾患 ( ) <input type="checkbox"/> その他の遺伝性疾患 ( )					
8	今回の妊娠成立法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊症治療後妊娠 ( <input type="checkbox"/> 人工受精・ <input type="checkbox"/> 体外受精・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) )					
	妊娠の確認方法	<input type="checkbox"/> 市販の検査薬 ( ___月 ___日 ) <input type="checkbox"/> 他院 ( 病院名 ___月 ___日 ) <input type="checkbox"/> 未確認					
	最終月経	___年 ___月 ___日に開始 月経周期は <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 ___日周期					
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	自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開 流産 (人工・自然流産)	時間 分	g 男・女	ml	
	2	年 月 週	自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開 流産 (人工・自然流産)	時間 分	g 男・女	ml	
	3	年 月 週	自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開 流産 (人工・自然流産)	時間 分	g 男・女	ml	
	4	年 月 週	自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開 流産 (人工・自然流産)	時間 分	g 男・女	ml	
	5	年 月 週	自然/無痛/鉗子/吸引/帝王切開 流産 (人工・自然流産)	時間 分	g 男・女	ml	

10	過去の妊娠・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・( ) ヶ月まで入院した・手術した <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <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 <input type="checkbox"/> 産後うつ病 <input type="checkbox"/> その他 (病名 )																				
11	過去に出産されたお子様について	<input type="checkbox"/> 肩甲骨難産 (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"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> B群溶連菌 (G B S) 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) 今まで患われた病気	<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																				
	2) 今まで患われた婦人科の病気	<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 (病名 )	<b>※子宮頸がん検査</b> 最後( 年 月) 結果 (異常なし・要治療)																			
	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年月</th> <th>病名</th> <th>病院名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	年月	病名	病院名							<table border="1"> <thead> <tr> <th>年月</th> <th>病名</th> <th>病院名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	年月	病名	病院名						
年月	病名	病院名																				
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 )																				
13	今までに心理的、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がありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ (診断名を下記に記入してください)																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>年 月</th> <th>病名</th> <th>治療の有無</th> <th>現在の状況</th> <th>病院名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>なし・あり</td> <td>治療中・完治・服薬中 その他 ( )</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>なし・あり</td> <td>治療中・完治・服薬中 その他 ( )</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>なし・あり</td> <td>治療中・完治・服薬中 その他 ( )</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	年 月	病名	治療の有無	現在の状況	病院名			なし・あり	治療中・完治・服薬中 その他 ( )				なし・あり	治療中・完治・服薬中 その他 ( )				なし・あり	治療中・完治・服薬中 その他 ( )		
年 月	病名	治療の有無	現在の状況	病院名																		
		なし・あり	治療中・完治・服薬中 その他 ( )																			
		なし・あり	治療中・完治・服薬中 その他 ( )																			
		なし・あり	治療中・完治・服薬中 その他 ( )																			
14	治療・通院中のご病気	薬品名	内服回数	病院名	通院回数																	
15	歯について	通院 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) 義歯 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 半年以内に歯科検診を受けていますか <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> これから受ける予定																				
16	サブリの内服	<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)																				
17	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終発作: )																				

18	アレルギー	<p>1)薬のアレルギー: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (薬品名 )</p> <p>2)食物アレルギー: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (反応があった食物にチェックをしてください。)</p> <p>※ありの場合 :該当する食物に○、またはその他の欄に記入してください。</p> <table border="1" data-bbox="389 282 1519 427"> <tr> <td>卵</td> <td>牛乳・乳製品</td> <td>小麦</td> <td>甲殻類</td> <td>ごま</td> <td>そば</td> <td>大豆</td> </tr> <tr> <td>ナッツ類</td> <td>肉</td> <td>米</td> <td>果物</td> <td>魚</td> <td>油</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">その他( )</td> </tr> </table> <p>3)その他のアレルギー:( )</p> <p>どんな症状でしたか: <input type="checkbox"/>じんましん<input type="checkbox"/>痒い <input type="checkbox"/>赤くなる(部位→ ) <input type="checkbox"/>腫れる(部位→ )</p> <p><input type="checkbox"/>息苦しい <input type="checkbox"/>嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/>気を失う <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>下痢</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p>	卵	牛乳・乳製品	小麦	甲殻類	ごま	そば	大豆	ナッツ類	肉	米	果物	魚	油		その他( )															
卵	牛乳・乳製品	小麦	甲殻類	ごま	そば	大豆																										
ナッツ類	肉	米	果物	魚	油																											
その他( )																																
19	たばこ	<p>本人:<input type="checkbox"/>吸わない<input type="checkbox"/>以前吸っていた( 歳まで)<input type="checkbox"/>喫煙中( 本/日)</p> <p>夫(パートナー):<input type="checkbox"/>吸わない<input type="checkbox"/>以前吸っていた( 歳まで)<input type="checkbox"/>喫煙中( 本/日)</p>																														
20	アルコール	<p>本人:<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)</p> <p>夫(パートナー):<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)</p>																														
21	<p>今回の妊娠が分かった時どんなお気持ちでしたか。最も当てはまるものを選んでください</p> <p>① うれしかった ② 予想外だったがうれしかった ③ 予想外だったので戸惑った</p> <p>④ 困った ⑤ なんとも思わない ⑥ その他(内容:_____)</p>																															
22	<p>次に身体的な症状のなかで最近の体調にあてはまるものはありますか(複数選択可)</p> <p>だるい・熱っぽい・頭痛・のどが渇く・吐き気・腹痛・その他(_____)</p>																															
23	<p>最近、「眠れない」「イライラする」「涙ぐみしやすい」「何もやる気がしない」などの症状が続いていますか</p> <p>なし・あり</p>																															
24	<p>次の中で、あなたの性格にどちらかというあてはまるものはありますか(複数選択可)</p> <p>まじめ・楽天的・せっかち・のんびりや・マイペース・人みしり・社交的・怖がり・短気</p>																															
25	<p>あなたから見て、夫(パートナー)は妊娠について、どのような気持ちだと思いますか。最もあてはまるものを選んでください</p> <p>喜んでいる・戸惑っている・困っている・なんとも思っていない・わからない</p>																															
26	<p>上のお子さんについて困っていることはありますか</p> <p>なし・あり(内容:_____) 上の子はいない</p>																															
27	<p>困ったときに相談する人について</p>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">あなた</td> <td>① 夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか</td> <td>(年齢)</td> <td>居住地</td> </tr> <tr> <td>はい・いいえ・夫(パートナー)はいない</td> <td>母( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② (あなたの)お母さんには何でも打ち明けることができますか</td> <td>父( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>はい・いいえ・実母はいない</td> <td>兄弟( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">夫(パートナー)</td> <td>③ 夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか</td> <td>姉妹( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>はい(相談できる人の続柄・関係:_____)</td> <td>母( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td>いいえ</td> <td>父( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>兄弟( )</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>姉妹( )</td> <td></td> </tr> </table>	あなた	① 夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか	(年齢)	居住地	はい・いいえ・夫(パートナー)はいない	母( )		② (あなたの)お母さんには何でも打ち明けることができますか	父( )		はい・いいえ・実母はいない	兄弟( )		夫(パートナー)	③ 夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか	姉妹( )		はい(相談できる人の続柄・関係:_____)	母( )		いいえ	父( )			兄弟( )				姉妹( )	
あなた	① 夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか	(年齢)		居住地																												
	はい・いいえ・夫(パートナー)はいない	母( )																														
	② (あなたの)お母さんには何でも打ち明けることができますか	父( )																														
	はい・いいえ・実母はいない	兄弟( )																														
夫(パートナー)	③ 夫(パートナー)やお母さんの他にも相談できる人がいますか	姉妹( )																														
	はい(相談できる人の続柄・関係:_____)	母( )																														
	いいえ	父( )																														
		兄弟( )																														
		姉妹( )																														
28	<p>困ったときに助けくれる人はいますか(複数選択可)</p>	<p>夫(パートナー)・実母・実父・義母・義父・その他(_____)</p>																														
29	<p>経済的なことで困っていますか</p> <p>毎日の生活に困る・今は良いが将来的には心配・困っていない</p>																															

たくさん質問にお答えいただきありがとうございました。