

- ご記入いただいた個人情報 は診療の目的以外に使用することはありません。わかる範囲で正確なご記入をお願いいたします。
- □は、当てはまる場所に✓を入れて下さい。()には必要な事柄を記載して下さい。

氏名()さま 身長()cm 妊娠前の体重()kg	スタッフ記入欄 (LMP / 他院設定) 予定日 年 月 日 (本日 週 日)
電話番号(固定:) (携帯:)	
1. 今回、ご妊娠は確認していますか？	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 病院で妊娠の診断を受けた <input type="checkbox"/> 市販薬で確認⇒検査日(/)
2. 母子手帳や紹介状を持っていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 他院からの紹介状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3. 出産する施設は決めていますか？	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院
4. 通院可能な曜日や、医師の希望はありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 曜日の希望 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 何曜日でも良い <input checked="" type="checkbox"/> 医師の希望 <input type="checkbox"/> 男性医師 <input type="checkbox"/> 女性医師 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
5. 本日、心配な事がありますか？	()
6. 月経についておたずねします	<input checked="" type="checkbox"/> もっとも最近の月経はいつからでしたか？ (/)から(/)まで <input checked="" type="checkbox"/> 通常の月経周期はどれくらいですか？ ()日～()日
7. 今回のご妊娠の方法は？	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後妊娠⇒方法()
8. ご結婚なさっていますか？	<input type="checkbox"/> 結婚している ()歳のとき <input type="checkbox"/> 結婚していない⇒結婚の予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 離婚
9. アレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 金属 (種類) <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム製品) <input type="checkbox"/> 薬剤 (薬剤名) <input type="checkbox"/> 食品(該当するものに○)：卵・乳・小麦・エビ・カニ・そば・落花生 あわび・いか・いくら・オレンジ・キウイフルーツ・牛肉・くるみ・やまいも りんご・カシューナッツ・ごま・その他()
10. 喘息がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒最近の発作は()年()月 もしくは()歳
11. ツベルクリン反応やレントゲンなど、結核の検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
12. あなたとパートナーの喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠前に喫煙していた (本/日 年間) <input type="checkbox"/> 現在喫煙している(本/日) <input type="checkbox"/> パートナーが喫煙している
13. あなたとパートナーの飲酒について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 妊娠前に飲酒していた ⇒ <input type="checkbox"/> 機会飲酒のみ <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 現在飲酒している ⇒ <input type="checkbox"/> 機会飲酒のみ <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> パートナーが飲酒している
14. 現在、服用している薬、サプリメントなど栄養機能食品はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> サプリメントなど <input type="checkbox"/> その他()
15. 子宮がん検診を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()年()月 結果() *通常、妊娠初期に子宮がんの検査をします。
16. 子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()年()月
17. その他の手術(乳房形成術や側弯症手術を含む)、抗がん剤治療、放射線治療などを受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()年 (内容)
18. 輸血を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()年 (理由)
19. 輸血が必要な場合は同意なさいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *輸血を拒否される場合、当院での診療や分娩・手術を、お受けいただけない事があります。
20. 過去3か月以内に以下のことがありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 首のリンパ節の腫れ <input type="checkbox"/> 風疹患者との接触 <input type="checkbox"/> 小児との接触が多い職場での就労
21. 海外渡航について	<input type="checkbox"/> 過去3か月以内に自分が行った(国名:) <input type="checkbox"/> 過去3か月以内に同居家族が行った(国名:) <input type="checkbox"/> パートナーが海外に行くことがある

22. 今までに産婦人科関連疾患を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 乳腺疾患(良性または悪性) <input type="checkbox"/> その他()
23. 今まで右記のような病気を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <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"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 脊椎の疾患 <input type="checkbox"/> その他()
24. ご自分の両親やきょうだいに右記の病気を持った方がいますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓・塞栓症 <input type="checkbox"/> その他の遺伝性疾患⇒続柄() 病名()
25. 麻疹(はしか)、風疹、水痘(水ぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、外陰ヘルペスについて	<input checked="" type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> かかった <input type="checkbox"/> 予防接種をした <input type="checkbox"/> どちらもなし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> かかった <input type="checkbox"/> 予防接種をした <input type="checkbox"/> どちらもなし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> かかった <input type="checkbox"/> 予防接種をした <input type="checkbox"/> どちらもなし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> かかった <input type="checkbox"/> 予防接種をした <input type="checkbox"/> どちらもなし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 外陰ヘルペス <input type="checkbox"/> かかった <input type="checkbox"/> たまたま症状が出る <input type="checkbox"/> 不明
26. 妊娠が分かった時の気持ちはいかがでしたか？	<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 複雑な気持ち <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他() *あてはまるものすべてにチェックしてください。
27. 今までにカウンセラーや心療内科・精神科などに相談したことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> これから相談したい(内容)
28. 妊娠・出産、その後の育児・授乳において不安や心配がありますか？まわりに相談できる人はいますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 不安について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容) <input checked="" type="checkbox"/> 相談できる人について <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
29. 妊娠・出産、育児などであなたが困った時に、行政の支援機関にお知らせしてもよいですか？	<input type="checkbox"/> かまわない、必要があればそうしてほしい <input type="checkbox"/> それは困る、しないでほしい
30. 過去の妊娠出産についてお聞きます	<input type="checkbox"/> 今回、初めての妊娠 <input type="checkbox"/> () 回目の妊娠 *過去の妊娠分娩経過について、分かる範囲で下の表にご記入ください。

年月日	施設名	週数	出産方法など	妊娠分娩経過の異常	新生児の状況
年 月 日			<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 吸引(理由) <input type="checkbox"/> 鉗子(理由) <input type="checkbox"/> 帝王切開(理由) <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠	<input type="checkbox"/> 切迫流産/早産 <input type="checkbox"/> 子宮頸管無力症 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> HELLP(ヘルプ)症候群 <input type="checkbox"/> 分娩時大量出血 <input type="checkbox"/> その他()	出生体重()g 男 / 女 新生児の異常: <input type="checkbox"/> 肩甲難産 <input type="checkbox"/> GBS 感染症 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> その他()
年 月 日			<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 吸引(理由) <input type="checkbox"/> 鉗子(理由) <input type="checkbox"/> 帝王切開(理由) <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠	<input type="checkbox"/> 切迫流産/早産 <input type="checkbox"/> 子宮頸管無力症 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> HELLP(ヘルプ)症候群 <input type="checkbox"/> 分娩時大量出血 <input type="checkbox"/> その他()	出生体重()g 男 / 女 新生児の異常: <input type="checkbox"/> 肩甲難産 <input type="checkbox"/> GBS 感染症 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> その他()
年 月 日			<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 吸引(理由) <input type="checkbox"/> 鉗子(理由) <input type="checkbox"/> 帝王切開(理由) <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠	<input type="checkbox"/> 切迫流産/早産 <input type="checkbox"/> 子宮頸管無力症 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> HELLP(ヘルプ)症候群 <input type="checkbox"/> 分娩時大量出血 <input type="checkbox"/> その他()	出生体重()g 男 / 女 新生児の異常: <input type="checkbox"/> 肩甲難産 <input type="checkbox"/> GBS 感染症 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> その他()
年 月 日			<input type="checkbox"/> 普通分娩 <input type="checkbox"/> 吸引(理由) <input type="checkbox"/> 鉗子(理由) <input type="checkbox"/> 帝王切開(理由) <input type="checkbox"/> 人工流産 <input type="checkbox"/> 自然流産 <input type="checkbox"/> 異所性(子宮外)妊娠	<input type="checkbox"/> 切迫流産/早産 <input type="checkbox"/> 子宮頸管無力症 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> HELLP(ヘルプ)症候群 <input type="checkbox"/> 分娩時大量出血 <input type="checkbox"/> その他()	出生体重()g 男 / 女 新生児の異常: <input type="checkbox"/> 肩甲難産 <input type="checkbox"/> GBS 感染症 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 新生児死亡 <input type="checkbox"/> その他()