

ふりがな

お名前

様

歳

産科外来受診の患者様へ

年 月 日

1身長 cm 妊娠前の体重 kg ※BMI(スタッフ記入欄)

2.たばこを吸いますか? 【妊娠前】吸わない・吸う(1日 本)・家族が吸う・勤務先が喫煙環境

【妊娠中】吸わない・吸う(1日 本)・家族が吸う・勤務先が喫煙環境

3.お酒は飲みますか? 【妊娠前】飲まない・飲む(内容・量)

【妊娠中】飲まない・飲む(内容・量)

4.パートナーの喫煙・飲酒はありますか? 喫煙あり・飲酒あり

5.現在治療している産科以外の病気・服用中の薬はありますか
ない・ある()

6.今までに指摘されたことがある、または治療した病気はありますか(丸をつける)

- 心臓の病気(心電図の異常を含む)・喘息(最終発作 歳)・緑内障
高血圧・糖尿病・腎疾患・肝炎・脳血管疾患
甲状腺疾患・血液疾患・自己免疫性疾患・精神疾患・婦人科疾患
てんかん・悪性腫瘍・血栓症・膠原病
その他()

治療された病気・手術をしたことがある方は下に詳細をご記入ください。

Table with 3 columns: 年(歳) 病名, 病院名, 治療. Multiple rows for medical history.

7.過去に輸血を受けたことがありますか?
ない・ある()

8.アレルギーはありますか?
・薬 ない・ある()
・花粉症 ない・ある()・アルコール消毒 ない・ある
・食べ物 ない・ある()・その他 ない・ある()

9.信仰している宗教はありますか? ない・ある()
「ある」を選択された方で入院、治療において制限がある場合はご記入下さい
(食事内容、医師、輸血など)

10. 経産婦さんにお伺いします。
妊娠中に膣の培養でGBSという菌がでたことがありますか ない・ある
生まれた後に赤ちゃんののどの培養でGBSという菌がでたことがありますか ない・ある

11.生理についておたずねします。

①最近の生理(最終月経)はいつでした 年 月 日から 日間
②月経(生理)周期は? 順調(日周期)・不順
③はじめての生理(初潮)はいつでしたか? 歳

12.妊娠歴についておたずねします。

①妊娠回数 回(今回を含める) ②分娩回数 回
③流産回数 回 ④中絶回数 回

※ 今回の妊娠で不妊治療を受けられましたか?

なし ・ あり タイミング法 排卵誘発剤 人工受精AIH 体外受精IVF-ET (媒精・顕微受精・不明)

年月	週数	流産	性別	体重	出産の経過	授乳方法	医院・病院	備考
西暦 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	母乳 混合・人工	当院・他院	
西暦 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	母乳 混合・人工	当院・他院	
西暦 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	母乳 混合・人工	当院・他院	
西暦 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	母乳 混合・人工	当院・他院	

※ 過去の妊娠時の異常 切迫流産 切迫早産 頸管無力症 妊娠高血圧症候群 (32週以前・32週以降)
常位胎盤早期剥離 ヘルプ症候群 前置胎盤 早産時期の破水 妊娠性糖尿病

※ 過去の産後の異常 分娩時多量出血 分娩所要時間が短い

13.現在の生活環境についておたずねします。

①結婚 年 月 入籍 ③未婚 入籍の予定 年 月

②離婚 なし・あり 年 月

14.緊急連絡先

①患者様携帯 職業

住所

②夫(パートナー)携帯 名前 年齢 職業

住所(患者様と住所が異なる場合)

③患者様実家 電話番号 名前 関係

住所

④夫実家 電話番号 名前

住所

15.家族構成(スタッフ記入欄)

産後	自宅	・	里帰り	サポート	なし	・	あり
----	----	---	-----	------	----	---	----

妊娠週数 () 週 () 日 妊娠反応確認日 (/)

分娩予定日 () 年 () 月 () 日 () より