

出生前診断専門外来受診の患者様へ

※ID(スタッフ記入欄)

ふりがな		西暦	記入日	年	月	日	身長	体重(妊娠前)
氏名	生年月日	年 月 日(歳)					cm	kg
住所	〒 -						職業	
	電話番号							

1. 本日の受診理由をお聞かせください。

()

2. 今回の妊娠についておたずねします。 【現在の妊娠週数 週 日】

①最終月経はいつでしたか？ _____ 年 月 日から _____ 日間

②月経(生理)周期は？ _____ 順調(_____ 日周期) ・ 不順

③分娩予定日は？ _____ 年 月 日

④通院中の産科医療機関は？ _____ (_____)

※ 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)

3. 妊娠・出産歴についておたずねします。

①妊娠回数 _____ 回(今回を含む) ②分娩回数 _____ 回

③流産回数 _____ 回 ④中絶回数 _____ 回

生年月日	週数	流産	性別	体重	出産の経過	医院・病院	備考(先天異常等)
H・R 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	当院・他院	
H・R 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	当院・他院	
H・R 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	当院・他院	
H・R 年 月 日 (現在 歳)		流産 中絶	男・女	g	正常 吸引・帝王切開・誘発	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

4. 生活や体質についておたずねします。

①たばこを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (1日 本)

②今までに指摘されたことがある、または治療中・治療した病気はありますか？
なし ・ あり ()
膠原病などの自己免疫疾患については上記に詳しく記載してください

③現在、服用中の薬はありますか？ なし ・ あり ()
ヘパリン等の抗凝固剤は使用していますか？ なし ・ あり

④結婚されていますか？ はい ・ いいえ (入籍予定 あり ・ なし)
夫(パートナー)氏名() 年齢(歳) 職業()
緊急連絡先電話番号() 氏名 ※夫・パートナー以外の場合() 関係()