

ふりがな

お名前 様 歳 生年月日 年 月 日

産科外来受診の患者様へ

記入日 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。

年(歳) 病名 病院名 治療

年(歳) 病名 病院名 治療

年(歳) 病名 病院名 治療

年(歳) 病名 病院名 治療

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