

問診票



受け取りサイン

ご記入できましたら助産師までご提出ください

分娩予定日 年 月 日 初産・経産(経産)

身長 cm 非妊時体重 kg 入院時体重 kg(BMI)

ふりがな (戸籍の漢字でお願いします) 氏名		生年月日 S・H 年 月 日 (歳) 血液型 型(Rh +-)		職業 (以前) (現在)		<input type="checkbox"/> 入籍 (歳) <input type="checkbox"/> 再婚 (歳) <input type="checkbox"/> 未入籍 (入籍予定 有・無)	
自宅住所 〒				自宅電話 () 本人携帯 ()			
里帰り予定 無・有 (産前から・産後から) 有に○の方は連絡先記入を				里帰り先			
里帰り先 氏名 続柄() 住所 〒				電話 () 携帯 ()			
				緊急連絡先			
ふりがな パートナー氏名		生年月日 S・H 年 月 日 (歳) 血液型 型(Rh +-)		家族の健康状態 (血縁関係の方で以下に当てはまれば○を) 高血圧・糖尿病・腎臓病・心臓病・喘息・ 精神病・感染症()・その他()			
職業()		携帯 ()					
パートナー住所 (自宅と異なる場合のみ記入) 〒				ご自身の既往歴 (今までに身体・精神的な病気、ケガ、手術等の経験があれば、その時の年齢・病名・内服薬等の記入を) 不妊治療 無 / 有 <input type="checkbox"/> 診療申込書の確認			
家族構成 本人含む兄弟姉妹 (性別・年齢) 実父 歳 実母 歳 子供 (性別・年齢) 本人 お名前) パートナー含む兄弟姉妹 (性別・年齢) 義父 歳 義母 歳 パートナー (同居している人は、○で囲んでください)				薬アレルギー 無・有 薬品名 : 喫煙 無有 (本/日) 食物アレルギー 無・有 → <input type="checkbox"/> アレルギー調査票渡し <input type="checkbox"/> アレルギー調査票受け取り 飲酒 無有 () 喘息 無・有 (最終発作 歳頃) 宗教 無有 () 他アレルギー (金属、ラテックス) ()			
妊娠・分娩歴 妊娠(回) 分娩(回)							
年齢	週					年齢	週
		分娩 (自然 無痛 吸引 鉗子 帝王切開) g 男・女 分娩時間 時間 出血量 g / 流産 / 死産 / 中絶 病院名 ()				分娩 (自然 無痛 吸引 鉗子 帝王切開) g 男・女 分娩時間 時間 出血量 g / 流産 / 死産 / 中絶 病院名 ()	
		分娩 (自然 無痛 吸引 鉗子 帝王切開) g 男・女 分娩時間 時間 出血量 g / 流産 / 死産 / 中絶 病院名 ()				分娩 (自然 無痛 吸引 鉗子 帝王切開) g 男・女 分娩時間 時間 出血量 g / 流産 / 死産 / 中絶 病院名 ()	
		分娩 (自然 無痛 吸引 鉗子 帝王切開) g 男・女 分娩時間 時間 出血量 g / 流産 / 死産 / 中絶 病院名 ()				分娩 (自然 無痛 吸引 鉗子 帝王切開) g 男・女 分娩時間 時間 出血量 g / 流産 / 死産 / 中絶 病院名 ()	