

【スタッフ記入欄】診察券番号： — —				出産予定日：20 年 月 日						
ふりがな		生年月日（西暦）		年 月 日（ 歳）						
氏名	様	身長	妊娠前の体重	【スタッフ記入欄】BMI=_____						
		cm	Kg	<input type="checkbox"/> 低体重 (<18.5) +12~15kg <input type="checkbox"/> 普通 (18.5≤~<25) +10~13kg <input type="checkbox"/> 肥満Ⅰ (25≤~<30) +7~10kg <input type="checkbox"/> 肥満Ⅱ (30≤) 個別対応：上限5kg						
連絡のつく電話番号		( ) —		自衛官の方は以下をご記入ください。 階級： _____ 所属部隊・部署： _____						
職業	職業：									
	勤務先（会社名・学校名等）：									
	仕事内容： 育休取得予定（あり・なし）									
	業務形態： 日中のみ ・ 夜勤あり									
退職予定： なし ・ あり（退職時期： _____）										
喘息 <small>（小児期を含む）</small>	なし ・ あり：一番最近の喘息発作はいつ頃ですか→（ _____ ）			喘息ありの場合						
	喘息の治療→ <input type="checkbox"/> 薬使用中（吸入・貼り薬・内服） <input type="checkbox"/> 治療なし			NSAIDs 使用歴：あり・なし						
アレルギー	薬剤	なし ・ あり（薬剤名・症状・発症時期等： _____）								
	食べ物	なし ・ あり（食品名： _____ 症状： _____）								
	その他	なし ・ あり→ ラテックス（ゴム製品） ・ 金属 ・ アルコール ・ 花粉 その他（ _____ ）								
今までに造影剤を使用したことがありますか？ いいえ ・ はい（使用時の異常： なし ・ あり）										
結婚歴	<input type="checkbox"/> 既婚→（ _____ ）歳の時に結婚			離婚歴	<input type="checkbox"/> 離婚歴なし					
	<input type="checkbox"/> 入籍予定あり→（時期： _____）				<input type="checkbox"/> 離婚歴あり→この結婚での出産（なし・あり）					
妊娠歴	妊娠は初めてですか？ <input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 今までに妊娠したことがある（以下に回数を記入）									
	生産： _____回（下の出産歴に詳細を記入） ・ 流産： _____回 ・ 死産： _____回（ 週）									
	人工妊娠中絶： _____回 ・ 子宮外妊娠： _____回 ・ 胎状奇胎： _____回									
出産歴	西暦	年	月	日	週数	出生体重	性別	分娩形式	妊娠・分娩経過等	出産施設
		年	月	日		g		正常・吸引・鉗子・帝王切開		
		年	月	日		g		正常・吸引・鉗子・帝王切開		
		年	月	日		g		正常・吸引・鉗子・帝王切開		
パートナー	ふりがな		生年月日（西暦）		年 月 日（ 歳）					
	氏名		職業：		仕事内容：					
	連絡のつく電話番号		( ) —		パートナーの身長		cm			
現住所：〒 —										
受診時の当院までの距離→（ タクシー ・ 自家用車 ）で（ _____ ）分										
引っ越し予定： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（時期： _____）										
里帰り： <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 里帰り予定あり（時期： _____） <input type="checkbox"/> すでに里帰り先にいる										
里帰り先：〒 — ( _____ 様方)										

