

【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					
		cm	Kg					
連絡のつく電話番号		() —	【スタッフ記入欄】BMI= _____ <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					
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： ）		自衛官の方は以下をご記入ください。 階級： _____ 所属部隊・部署： _____					
	喘息 (小児期を含む)	なし ・ あり：一番最近の喘息発作はいつ頃ですか→ () 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	喘息ありの場合 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 <input type="checkbox"/> 入籍予定あり→（時期：) <input type="checkbox"/> 入籍予定なし	離婚歴	<input type="checkbox"/> 離婚歴なし <input type="checkbox"/> 離婚歴あり→この結婚での出産（なし・あり）					
	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： 勤務先（会社名等）：		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 引越予定： <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)								

