

問 診 表 ①

年 月 日

ふりがな _____ 生年月日(昭和・平成) _____ 年 月 日 血液型 _____ 型

氏 名: _____ 電 話: _____ 携帯: _____

〒: _____ 住所: _____

1.現在の状態についてお答えください

ご職業: _____

(1)あなたが生まれた時の 体 重 _____ g

(2)現在の体重と身長 体 重 _____ kg 身 長 _____ cm

(3)月 経 あり なし 授乳中
・前回(_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日) 順調 不調
・妊娠(_____ ケ月) 手術 閉経

(4)喫煙について たばこ 無 有 妊娠前 1日に(_____ 本) 吸っていたが、止めた
妊娠中 1日に(_____ 本)

(5)飲酒について アルコール 無 有 妊娠中 1日に(_____)

2.今までにかかった病気についてお答えください

(1)現在治療中または過去に病気をした事がありますか

いいえ はい

何歳の頃ですか	病名	どのような治療をしましたか 例⇒投薬・入院・手術・輸血・・・等	現在の状況
____歳の頃			良好・治療中
____歳の頃			良好・治療中

(2)近親者(血のつながった方)に病気の方や亡くなられた方がおられますか

いいえ はい

わからない

近親者	何歳位	病名	手術
			有 ・ 無
			有 ・ 無

(3)今までに薬や食物で気分不良やじんましんが出たことはありますか

いいえ はい どんな薬、食べ物ですか (_____)

(4)感染症について該当するものに○をつけてください(覚えておられる範囲で結構です)

かかったもの はしか・水疱瘡・おたふくかぜ・風疹・りんご病・ヘルペス・その他
ワクチン接種したもの はしか・水疱瘡・おたふくかぜ・風疹・りんご病・ヘルペス・その他

3.あなたとパートナーについてお答えください

(1)結婚されていますか いいえ はい ・初婚(_____ 歳)・再婚(_____ 歳)・離婚(_____ 歳)
・未入籍 (入籍予定 あり なし)

(2)あなたのパートナー ・お名前 (_____)・年齢(_____ 歳)・血液型(_____ 型)
・身長 (_____ cm)・体重 (_____ kg)

(3)妊娠中・産後手伝いをしてくれる方がいますか
いいえ はい どなたですか(_____)

(4)現在困っていることがありますか(経済面・育児・その他)

いいえ はい (_____)
裏面もご記入ください →

4.あなたの妊娠・分娩についてお答えください

No.	その時の 年月日 (施設名)	その時の 週数	妊娠経過は	お産	妊娠・分娩 新生児の 異常	お 子 さ ん			
						性別	出生時 体重(g)	現在の 状態	授乳法
1	年 月 日 ()	週	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 促進 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 その理由()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合
2	年 月 日 ()	週	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 促進 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 その理由()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合
3	年 月 日 ()	週	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 促進 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 その理由()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合
4	年 月 日 ()	週	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 促進 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 その理由()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合
5	年 月 日 ()	週	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 促進 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 その理由()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合
6	年 月 日 ()	週	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 促進 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 その理由()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合
7	年 月 日 ()	週	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 促進 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 その理由()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g	<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合

☆ありがとうございました

