

分娩申し込み書

社本 社家 国保

ふりがな	生年月日	職業	血液型	結婚歴
本人氏名	S 年 月 日		Rh ()	初婚・再婚・未婚
	H () 歳			
ふりがな	生年月日	職業	血液型	結婚歴
夫(パートナー)氏名	S 年 月 日		Rh ()	初婚・再婚・未婚
	H () 歳			

自宅住所	(〒)		
連絡先	自宅	本人携帯	夫(パートナー)携帯
	-	-	-
里帰り先	名前	TEL	緊急連絡先
		-	① -
			続柄 ()
住所	(〒)		② -
			続柄 ()

問診票

1. 今回の妊娠についてお聞きします。

予定日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

- 自然妊娠 不妊治療による妊娠 その他 ()
- ①身長 cm ②妊娠前の体重 kg
- ③喫煙 吸う (1日 本) 吸わない 妊娠してやめた (非妊時1日 本)
- ④飲酒 飲む (ml 程度/日・週・月) 飲まない 妊娠してやめた (非妊時 ml 程度/日・週・月)
- ⑤初潮年齢 (歳) ⑥最終月経 月 日 月経周期 (日) ・ 不順

2. これまでの妊娠や出産についてお聞きします。

- 今回が初めての妊娠 過去に妊娠したことがある (回)
- 中絶 (回) 流産 (回) 子宮外妊娠 (回) 出産 (回)

◎妊娠・分娩歴を古い順にご記入ください。(分娩・死産・流産・人工妊娠中絶も含む)

	年月日	性別	健康状態	体重	週数	分娩様式に ○をつけて下さい	妊娠中・出産時の異常 (※)	出産された 病院名
1	H . .	男・女	健・否	g	週	普通・吸引・帝王切開 流産・死産・中絶		
2	H . .	男・女	健・否	g	週	普通・吸引・帝王切開 流産・死産・中絶		
3	H . .	男・女	健・否	g	週	普通・吸引・帝王切開 流産・死産・中絶		
4	H . .	男・女	健・否	g	週	普通・吸引・帝王切開 流産・死産・中絶		
5	H . .	男・女	健・否	g	週	普通・吸引・帝王切開 流産・死産・中絶		

※妊娠高血圧症候群、早産、切迫早産、産後の大量出血など、妊娠中・出産時・産後にあった異常、医師から指摘されたことを記入してください。

→裏面の記入もお願いします

3. 現在の状態・これまでにかかった病気などについてお聞きします。今までにかかった病気、ケガ、入院、手術などをご記入ください

現在治療中の病気、服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> あり 病名： 薬品名：	<input type="checkbox"/> なし
喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> 現在あり <input type="checkbox"/> 過去にある（年齢 歳ごろまで） 最終発作 治療内容	<input type="checkbox"/> なし
過去に指摘されたことのある病気はありますか？ （当てはまる項目すべてにチェックしてください）	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神疾患（ ） <input type="checkbox"/> その他（病名 ）	<input type="checkbox"/> なし
食べ物のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> あり 原因となるもの： 症状：	<input type="checkbox"/> なし
過去に薬（飲み薬、注射薬など）でアレルギーを起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり 薬品名： 副作用の症状：	<input type="checkbox"/> なし
過去に輸血や手術を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> あり いつ： 理由：	<input type="checkbox"/> なし

4. 夫（パートナー）についてお聞きします。

- ①喫煙 吸う（1日 本） 吸わない
- ②アレルギーはありますか？ あり（詳細： ）
- ③過去に病気にかかった、現在治療中の病気などありますか？（詳細： ）

5. 自分の両親あるいは兄弟姉妹など、血縁者の病気についてお聞きします。

現在治療中の病気や過去にかかった病気があればチェックし、（ ）には続柄を記入してください。

- 高血圧（ ） 糖尿病（ ） 心臓疾患（ ） 肝炎（ ）
- 腎臓病（ ） 甲状腺疾患（ ） 血栓症（ ） 脳梗塞（ ）
- 脳内出血（ ） 悪性腫瘍（ ） 自己免疫疾患（ ）
- てんかん（ ） 精神疾患（ ） その他（ ）

<p>※当クリニックでは日々の活動や教室の様子を SNS 等で発信しております。 （胎児エコー写真・出産後のベビーの撮影も含まれます） 写真掲載について、承諾いただければ幸いです。いずれかに○を付けて下さい。</p> <p>写真掲載に同意いたします <input type="checkbox"/> • 写真掲載に同意いたしません <input type="checkbox"/></p>
--

当院は産科医療保障制度に加入しています



ご記入後は受付へ提出をおねがいします。
以上を持ちまして分娩予約とさせていただきます。