



スムーズに診療を進めるために、下記の項目にお答えいただいております。ご協力をお願いいたします。

フリガナ	生年月日			妊娠前の体重
氏名	様	年	月 日 ( 歳)	kg

1 ご自身で妊娠反応の検査をしましたか？

- した → いつですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- していない

2 現在結婚していますか？

- 結婚している ( \_\_\_\_\_ 歳のとき)
- 結婚していない (離婚の経験  なし  あり)

3 過去3ヵ月以内に以下のことはありましたか？ (該当するものに☑を入れてください)

- 発熱  発疹  頸部リンパ節の腫れ
- 風疹患者との接触  児童との接触が多い職場での就労
- 特になし

4 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。

- 今回が初めての妊娠 → 裏面の 7 へお進みください
- 過去に妊娠したことがある (下の表に過去の妊娠についてご記入ください)

	年 月 日	週 日	妊 娠 / 分 娩	出生体重 / 性 別	分娩施設
1			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g / 男・女	
2			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g / 男・女	
3			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g / 男・女	
4			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g / 男・女	
5			正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産・中絶	g / 男・女	

5 過去の妊娠についてお聞きします。(該当するものに☑を入れてください)

- 子宮外妊娠  切迫流産・早産  早産
- 妊娠性糖尿病  常位胎盤早期剥離  妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)
- ヘルプ症候群  分娩時大量の出血
- 上記の既往はなし

