

			記入日	年	月	日
お名前	生年月日	年	月	日	年齢	才
現住所		Tel		携帯		
他の連絡先 1)				Tel		
2)				Tel		
3)				Tel		

※当院での分娩を希望される方のみお答え下さい。(初診問診票と重複部分もあります)

- \* 妊娠前の体重は、約                      Kg です。
- \* たばこは吸いますか？                      吸わない    最近止めた                      吸っている(1日に    本位)
- \* お酒は飲みますか？                      飲まない    時々飲む                      飲む(1日に                      を                      位)
- \* 現在治療中の疾病がありますか？                      ない                      ある  
     ある場合、服用中の薬はありますか？ (                      )
- \* 過去に手術をうけた事がありますか？                      ない                      ある  
     ある場合、どのような手術ですか？ (                      才時                      )
- \* 輸血をうけた事がありますか？                      ない                      ある
- \* 過去に他の施設で出産した事がありますか？                      ない                      ある  
     ある場合、以下にあてはまるものがありますか？  
     帝王切開 回・早産・妊娠時高血圧症候群・常位胎盤早期剥離・ヘルプ症候群・分娩時大量出血  
     出生体重 2500g 未満・出生体重 3500g 以上・肩甲難産・B 群溶連菌(GBS)感染症・新生児仮死・  
     死産・新生児死亡・その他特別な事例 (                      )
- \* 今回の妊娠は？                      自然妊娠                      不妊治療後妊娠
- \* いままで他の施設で指摘された婦人科疾患はありますか？                      ない                      ある  
     ある場合、以下にあてはまるものがありますか？  
     子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・子宮奇形・卵巣嚢腫・その他 (                      )
- \* ご本人の血縁関係で糖尿病高血圧の方はいらっしゃいますか？その場合、どなたになりますか？  
     糖尿病 (                      ) 高血圧 (                      )
- \* 産後の1～2ヶ月、育児や生活面でサポートする方はどなたになりますか？  
     夫・実母・義母・祖母・姉・妹・叔母・その他 (                      )

希望項目

- \* 羊水検査を希望されますか？                      はい                      いいえ  
     (原則として35才以上の方を対象とした検査です)
- \* 赤ちゃんの性別を出産前に知っておきたいですか？                      はい                      いいえ
- \* 無痛分娩を希望されますか？                      はい                      いいえ
- \* 夫あるいは家族の立ち会い分娩を希望されますか？                      はい                      いいえ
- \* 食物アレルギー等、食べられない物があれば、ご記入下さい。

\* その他ご希望等、産後の生活環境等、心配な事があればご記入下さい。

※当院での分娩を希望されない方は、予定されている分娩施設名を、お教え下さい。

分娩施設名	都道府県	市町村
		クリニックオガワ