

データベース

記入日 西暦 20 年 月 日

本人	名前	身長 ( ) cm、妊娠前体重 ( ) kg	
	S・H	年 月 日 ( 歳)	既婚 ( 年 月)・未婚
	住所 〒		
	電話 自宅	- -	携帯 - -
	職業	勤務先	勤務先電話 - -
パートナー	名前	S・H 年 月 日 ( 歳)	
	血液型 ( 型 Rh +・- )	身長 ( ) cm	喫煙 無・有
	遺伝性疾患： 無・有 ( )	携帯 - -	
	職業	勤務先	勤務先電話 - -
緊急連絡先 (パートナー以外)			
名前		続柄 ( )	電話番号 - -
家族歴・家族病歴 (*同居者を○で囲んで下さい)			
父	母	父	母
( )	( )	( )	( )
本人		夫	
両親や兄弟姉妹で、高血圧、糖尿病、血拴症、遺伝する病気がある場合には ( ) にご記入下さい			
今までにカウンセラーや心療内科、精神科などに自分のことを相談したことがありますか？			
なし・あり (相談内容 _____)			
これから相談したい (相談内容 _____)			
育児の協力者： 夫・実母・実父・義母・義父 その他 ( )			
育児に対する不安： なし・あり 育児について相談できる人が： いる・いない			
産後帰宅先	名前	続柄 ( )	自宅・実家・その他 ( )
住所	電話番号 - -		
アレルギー：なし・あり (食品、薬、花粉症、アルコール、その他→ありの場合は下にご記入ください。)			
_____ 症状 _____			
嗜好品：タバコ…吸わない・吸っている・吸っていた 飲酒…飲む・飲まない・妊娠前まで			

妊娠・分娩歴 妊娠（ ）回・出産（ ）回

今回の妊娠： 自然妊娠 ・ 不妊治療後妊娠（タイミング 人工授精 体外受精 顕微授精）

以下の欄…自然流産は自然に、人工妊娠中絶は人工に、経膈分娩は経に、帝王切開には帝に○を付けてください

西暦	週数	妊娠分娩経過	出血量	体重	分娩時間	出産施設	出産の異常
年	週	自然・人工・経・帝	少・中・多	g		当院・他院	
年	週	自然・人工・経・帝	少・中・多	g		当院・他院	
年	週	自然・人工・経・帝	少・中・多	g		当院・他院	
年	週	自然・人工・経・帝	少・中・多	g		当院・他院	
年	週	自然・人工・経・帝	少・中・多	g		当院・他院	

今までにかかった病気はありますか？： なし

高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・肝炎・腎炎・貧血・甲状腺疾患・精神疾患・性病・腹膜炎・結核  
虫垂炎・その他\_\_\_\_\_ 飲んでいた薬品名\_\_\_\_\_

現在、治療もしくは通院している病気はありますか？： なし

高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・肝炎・腎炎・貧血・甲状腺疾患・精神疾患・性病・結核  
その他\_\_\_\_\_

現在服用している薬： なし ・ あり 薬品名\_\_\_\_\_

手術歴： なし ・ あり（ 歳） 病名や手術内容\_\_\_\_\_

輸血歴： なし ・ あり（ 歳） 病名や使用した状況\_\_\_\_\_

今までに指摘されたことのある産婦人科の病気に○をつけてください。

子宮筋腫 ・ 子宮内膜症 ・ 子宮腺筋症 ・ 子宮奇形 ・ 卵巣腫瘍 ・ 乳腺疾患 ・ その他（ ）

子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか？： なし ・ あり

乳がん検診を受けたことがありますか？：あり（最後に受けたのは20\_\_年\_\_月）・なし

過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？

発熱 ・ 発疹 ・ 首のリンパ節の腫れ ・ 風疹患者との接触 ・ 小児との接触が多い場所での就労  
海外渡航について

過去3ヶ月以内に自分・家族が行った（場所\_\_\_\_\_）・パートナーが海外に行くことがある

ワクチンのある病気や発疹の出る病気について

（かかった→既、ワクチン接種済み→ワ、不明→不に○を付けてください）

麻疹（はしか）：既・ワ・不、 水痘（水ぼうそう）：既・ワ・不、 風疹：既・ワ・不

流行性耳下腺炎（おたふく風邪）：既・ワ・不

性器ヘルペス：覚えがない・かかったことがある・時々でる

尖形コンジローマ：覚えがない・かかったことがある