

妊娠初診問診票

ふりがな		職業：	
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日(年齢 歳)
住所	〒		
電話番号	携帯電話		
家族等連絡先(氏名)	電話番号		

【 今回妊娠 】

※分娩予定日	年	月	日
※ 修正 無・有 () により決定			
分娩施設名			
最終月経(最後の生理が始まった日)	西暦	年 月 日	授乳中 (はい・いいえ)
月経周期	日 (整・不整)	今回不妊治療 (無・有)	
妊娠検査日 (月 日)	(妊娠継続希望・悩み中・中絶希望)		
結婚年齢	歳 (既婚・未婚・婚約中・離婚)		

【 妊娠歴・既往歴等 】

妊娠歴(今回を含む)		妊娠	回	分娩	回	
回	年齢	週数	[分娩様式]	児体重	性別	経過
1	歳	週	中絶・流産・外妊・分娩(正・吸・鉗・帝)	g	男・女	
2	歳	週	中絶・流産・外妊・分娩(正・吸・鉗・帝)	g	男・女	
3	歳	週	中絶・流産・外妊・分娩(正・吸・鉗・帝)	g	男・女	
4	歳	週	中絶・流産・外妊・分娩(正・吸・鉗・帝)	g	男・女	
5	歳	週	中絶・流産・外妊・分娩(正・吸・鉗・帝)	g	男・女	
6	歳	週	中絶・流産・外妊・分娩(正・吸・鉗・帝)	g	男・女	
7	歳	週	中絶・流産・外妊・分娩(正・吸・鉗・帝)	g	男・女	
特記事項(妊娠・分娩時の異常など)						
身長		cm	非妊娠時体重	kg	※非妊時BMI	
・気管支喘息 (無・有) ・アレルギー (無・有 :) ・高血圧 (無・有) ・糖尿病 (無・有) ・心疾患 (無・有) ・そのほか、通院中の疾患 (無・有 :) ・内服しているお薬 (無・有 :) ・手術歴や過去の病気 (無・有 :) ・喫煙 (無・有・妊娠後やめた : 本/日) ・飲酒 (無・有・妊娠後やめた : 回/週) ・夫の喫煙 (無・有 : 本/日) ・性器ヘルペス (無・有) ・輸血歴 (無・有) ・緊急時輸血を受けることを (拒否しません・拒否します) (理由 :) ・血縁のご家族で大きな病気 (がん・糖尿病・高血圧など) ※有の場合、どなたかもご記入ください。 (無・有 :) ・その他 ()						

※がついている箇所はスタッフが記入しますので未記入でお願いします。

当院が推奨する体重増加（あなたの望ましい体重増加は何キロですか？）

非妊娠時 BMI	望ましい体重増加
18.5 未満	+10kg 以上
18.5 から 25 未満	+10~16kg
25 以上	+8kg 以下

予定日決定エコー写真 添付欄