

妊娠初診問診票

ふりがな			
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	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 (今回を除く)			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) ・食物アレルギー (無・有 :) ・薬剤アレルギー (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 () ・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 : 本/日) ・飲酒 (無・有 : 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・高血圧等) () ・その他 ()						

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