

記入日 西暦

年 月 日

プロフィール記入用紙

お手数ですが、下記の項目にお答え下さい。裏面もあります。

不明な項目については空欄で結構です。後ほど助産師がお話を伺いながら追記いたします。

ふりがな

氏名 様 ※戸籍に登録してあるお名前・漢字でお書き下さい

生年月日 年 月 日生 妊娠時の年齢：() 歳

- 受診された目的は何ですか？（あてはまる項目全てに✓をして下さい。）

☐ 当センターで分娩希望☐ 当センターで健診☐ 近医（当センター連携病院以外）で健診☐ セミオープンシステム希望（当センター地域連携病院で健診）☐ オープンシステム希望（当センター連携助産院で健診）☐ セカンドオピニオン ()☐ その他 ()

- 当院受診までの経過

☐ 妊娠判定薬：無・有→陽性の確認（平成 年 月 日）☐ 他院を受診した 月 日（施設名： ）にて妊娠を診断
（その後の経過： ）☐ 当院が初めての受診

- 今までにかかった**からだの病気やこころの病気**はありますか？ (はい ・ いいえ)

時期（年月日・年齢） / 病名 / 治療内容 / 病院名

- 今までに**手術**をしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

時期（年月日・年齢） / 病名 / 手術内容 / 病院名

- 現在**治療中の病気**はありますか？ (はい ・ いいえ)

いつから（年月日・年齢） / 病名 / 治療内容 / 病院名

※内服中の薬剤もご記入ください

- 現住所；〒

- 自宅電話番号（ ）ご自分の携帯；()

- 現在の職業（ ）

- 緊急

連絡先

氏名	電話	関係
		パートナー・実家・パートナー勤務先
		パートナー・実家・パートナー勤務先

- パートナー（配偶者）についてお書き下さい。

氏名（ ） 年齢（ ） 歳 職業（ ）

健康状態；健・否（ ） 血液型（ ） 型

- あなたの身長（ ） cm 非妊時の体重（ ） kg

- 月経について 初経年齢（ ） 歳

周期；順調（ ） 日 不順（ ） 日

持続期間（ ） 日間

- 最終月経 平成 年 月 日 ～ 月 日（ 日間）

- これまでの診断で**出産予定日**が分かっていたらお書き下さい。（平成 年 月 日）

- 不妊治療； 無・有 (有の場合、開始時期・治療内容・病院名を以下にお書き下さい)

- 今までの妊娠歴*今回の妊娠を含む* (妊娠 回；分娩 回；自然流産 回；人工流産 回)

年月日	出産時の年齢	週数	性別	出生体重	分娩様式もしくは流産内容	分娩所要時間	分娩経過の異常もしくは流産後処置の有無	病院名	授乳方法 (授乳は何歳まで)

- 結婚について

結婚 ()歳 未入籍の方；入籍予定：無・有 []・夫婦別姓
パートナーとは、いとお互にですか？ いいえ・はい

- 喫煙 ; (現在) 無・有 (本/日) 同居中の家族の喫煙 (無・有：だれ)

; (過去) 以前吸っていたがやめた (才～ 才 本/日)

- アルコール；(現在) 無・有

; (妊娠前) 無・有 (種類 ; 量)

- 輸血の既往歴 無・有 (時期 理由)

- 薬剤アレルギー 無・有 (薬品名 症状)

- 食物アレルギー 無・有 (食物 症状)

- その他のアレルギー 無・有 (内容 症状)

- ぜんそく 無・有 (いつから 最終発作)

- 家族構成およびご家族の年齢をお書き下さい。また、同居されている方を○で囲んで下さい。

居住地 () () 居住地 () ()

父 (歳) 母 (歳) 父 (歳) 母 (歳)

夫 (パートナー)

私

- ご家族 (ご本人と血縁関係の方) の健康状態

糖尿病 無・有 (続柄；)

高血圧 無・有 (続柄；)

乳がん 無・有 (続柄；)

難聴 無・有 (続柄；) ※加齢による難聴ではありません。

神経疾患 無・有 (続柄；) (神経疾患例：パーキンソン氏病など)

その他 ()

ご記入ありがとうございました。ここでお伺いした事柄は、医療者間で共有し、健診や入院の際に参考にさせていただきます。また、個人情報保護を厳守し、慎重に取り扱わせていただきます。

確認年月日/スタッフサイン