

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（令和 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 令和(西暦) ( )年 月 日 ～ 月 日 ( ) 日間

● 出産予定日が分かっていたらお書き下さい。令和(西暦) ( )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 (母乳は何歳まで)

● 結婚について

結婚 ( )歳 未婚の方；婚姻予定：無・有 [ ]頃・夫婦別姓  
パートナーとは、いとこ同士ですか？ 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 )

● 豊胸術の既往 無・有 ( いつ 内容 )

● 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。ここで伺いました事柄は、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