

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

☐ 他院を受診した 月 日（施設名： ）にて妊娠を診断

☐ 当院が初めての受診

☐ 妊娠判定薬：無・有→陽性の確認（令和 年 月 日）

● 今までにかかったからの病気やこころの病気はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

時期（西暦 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（西暦 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（西暦 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（ ） ご自分の携帯番号（ ）

● 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 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。 西暦 年 月 日

● 不妊治療； 無・有

有の場合

治療開始 西暦 年 月 日

治療内容 人工受精 ・ 体外受精

病院名

● 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）

西暦 年 月 日	出 産 時 の 年 齢	週 数	性 別	出生 体重	分娩様式又は 流産内容	分娩所要 時間	分娩経過の異常又は 流産後処置の有無	病院名	授 乳 方 法 (母乳は何 歳まで)

● 婚姻

婚姻 ()歳 未婚の方；婚姻予定：無・有 []頃]・夫婦別姓
パートナーとは、いとお互ですか？ いいえ・はい

● 喫煙 (現 在) 無・有 (本／日)

同居中の家族の喫煙(無・有：どなた)

(過 去) 以前吸っていたがやめた (オ～ オ 本／日)

● 飲酒 (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)

アレルギー

●マンゴー 無・有

●金属 無・有

●ラテックス 無・有

●消毒用アルコール 無・有

● 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)



● 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； ） 難聴 無・有（続柄； ） *加齢による難聴ではありません

高血圧 無・有（続柄； ） 神経疾患 無・有（続柄； ） 例：パーキンソン氏病など

乳がん 無・有（続柄； ） 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