

[問診用紙]

## 初診・受付カード(産科用)

フリガナ 氏名		生年月日 大昭平 年 月 日生 ( 才)
住所		
TEL		

■ 最終月経 月 日より 日間      ■ 月経周期 順調・不調

○ 市販の尿妊娠反応は検査しましたか?

いいえ・はい(陽性・陰性 実施日/ 月 日)

○ 出産を希望されますか?

いいえ・はい・検討中

○ 薬や注射で湿疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか?

いいえ・はい(薬剤名/ )

○ 気管支喘息と言われたことがありますか?

いいえ・はい

○ 今現在、治療中の病気はありますか?

いいえ・はい(病名/ )

○ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか?

いいえ・はい( )

○ 結婚していますか?

いいえ・はい

○ 妊娠の経験はありますか?

いいえ・はい(出産/ 回・流産/ 回・中絶/ 回)

○ お産の経験のある方は分娩の詳細を教えてください。

日付	出生体重	週数	場所	特記事項
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

○ 身長と妊娠前の体重を教えてください。 身長( )cm 妊娠前の体重( )kg

○ 検査などで異常が見つかった場合の連絡先を教えてください。

連絡先電話番号( )

○ ご質問のある方は記入して下さい。