

ふりがな	生年月日	昭・平・令	年	月	日 (才)
名前		(西暦)	年	職業	
(必須) 電話番号	-	-	既婚 (当時 才) ・ 未婚 ・ 結婚予定		
(必須) 住所	〒				

1、本日はどんな理由で来院されましたか？ ○でお囲みください

- ①妊婦健診 (分娩先 病院名: _____ ・ 里帰り ・ 未定)
- ②出生前診断 (NIPT検査) ③胎児スクリーニング検査 ④コンバインド検査 ⑤クアトロマー検査
- ⑥4Dエコー (DVD) ⑦妊娠経過エコー ⑧ワクチン接種
- ⑨その他 (_____)

2、出産予定日 【 年 月 日 】

3、妊娠について ○でお囲みください

- ・自然妊娠 (最終月経 月 日)
- ・不妊治療 (①排卵誘発剤: クロミッド・フェマーラ ②人工授精 ③体外受精 ④顕微受精)
- ↳ クリニック、または病院名を教えてください (_____)

4、妊娠・出産についてお聞かせください *今回の妊娠は回数に含みません

妊娠 () 回 < 流産 () 回 ・ 中絶 () 回 > 分娩 () 回

西暦	週数	性別	出生体重	出産方法	妊娠分娩中の異常
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	
年 月	週	男・女	g	正常/吸引/帝王切開	

5、既往歴についてお聞かせください ○でお囲みください

- ・次の病気にかかったことがありますか? なし ・ あり
- 気管支喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 甲状腺の病気 性感染症
- その他 (_____)
- ・手術を受けたことがありますか? なし ・ あり
- (年 月) 手術名 (_____)

6、アレルギーはありますか? なし ・ あり (_____)

7、採血や注射で気分が悪くなったことがありますか? なし ・ あり*

(※【あり】の方、ベッドでの採血・注射をご希望されますか? はい ・ いいえ)

8、アルコール綿でかぶれたり赤くなったことはありますか? なし ・ あり

9、現在服用している薬はありますか? なし ・ あり (_____)

10、その他、ご要望などありましたらお書きください (_____)

◎ 当院をお知りになったきっかけを教えてください

HP 紹介 (_____) 看板 たまひよ テレビ OZmail 口コミ GoogleMAP Instagram その他