

# FAX送信先：エフ.クリニック 017-729-4108

## 里帰り出産を希望される方の確認票

記載日： 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 ( 歳)		
現住所 〒	携帯電話	—	—
帰省先の住所 〒	自宅電話	—	—
分娩予定日 月 日	身長 cm	非妊時 体重 kg	今回の 出産 回目
			当院受診歴 なし / あり [ID: ]

Q. 薬、食品、特定の物質などにアレルギーや、摂取できない食物はありますか？

ない  ある ( )

Q. 信仰する宗教はありますか？

ない  ある (宗教名: )

Q. たばこを吸いますか？

吸わない  妊娠前は吸っていた  現在吸っている ( 本/日)  家族・同居人が吸っている

Q. お酒を飲みますか？

飲まない  妊娠前は飲んでいた  たまに飲む  ほぼ毎日飲む ( を /日)

Q. 現在服用している、または最近まで服用していた薬やサプリメントはありますか？

ない  ある (薬品名: )

Q. 手術や処置を受けたことはありますか？

子宮頸部円錐切除術  子宮頸管縫縮術  輸血  その他 ( )

Q. 妊娠したことがある方は妊娠・出産経過で以下のものがありましたか？

吸引分娩  鉗子分娩  肩甲難産  帝王切開分娩  分娩時大量出血  
 切迫早産による入院  早産 (37週未満の出産)  直腸損傷  骨盤 (恥骨) 骨折  GBS感染症  
 急性妊娠脂肪肝  妊娠高血圧症候群  常位胎盤早期剥離  子癇 (けいれん)  ヘルプ症候群  
 妊娠糖尿病  出生体重2500g未満  出生体重3500g以上

Q. 以下の病気を指摘されたことがありますか？

喘息  性器ヘルペス  コンジローマ  乳腺疾患  肝炎  卵巣腫瘍  悪性腫瘍  
 子宮筋腫  子宮内膜症  子宮腺筋症  子宮奇形  高血圧  糖尿病  腎疾患  
 心疾患  甲状腺疾患  自己免疫疾患  脳梗塞  脳内出血  血栓症  血液疾患  
 てんかん  精神疾患  うつ病  不安障害  染色体異常

Q. ご自分の両親あるいは兄弟姉妹に以下の病気を現在もしくは過去に持った方がいますか？

高血圧  糖尿病  静脈血栓塞栓症  遺伝疾患 (病名: )

Q. 過去1か月の間に以下のことはありましたか？

気分が落ち込む  元気がない  絶望的になる  物事に興味がなく楽しくない  
 いつも緊張感や不安感を感じる  いつも神経過敏である  心配する気持ちがとめられない

Q. 以下に該当するような運動(スポーツ)をしていますか？

不動の姿勢を保つ (器械体操など)  落下や外傷のリスクがある  勝敗や持久力を競う

Q. 現在、家庭内で気になることはありますか？

ない  家庭内暴力  小児虐待  その他 ( )

ご協力ありがとうございました