



LMP(/) GA(w d) EDC(/)

年 月 日

産科外来受診の方へ

(※ご記入後、産婦人科外来相談室(受付)にご提出下さい)

フリ ガナ

氏 名

診察券番号

年齢 歳 / 身長 cm / 体重(妊娠前) kg 体重(本日) kg

■本日受診された理由は何ですか？主なものにチェックをつけて下さい。

- 妊娠 市販検査薬 検査で陽性反応 検査日(/) 未検査
 当院分娩希望 あり なし 未定・その他()
 無痛分娩希望 あり なし 迷っている・その他()
 妊婦健診は？ 他院希望 当院希望 未定・その他()

 その他気になる症状 _____

 ■結婚していますか？ 未婚 結婚 歳 離婚 歳 再婚 歳

■ご職業は何ですか？ _____

■一番最近の月経はいつからですか？ 月 日より 日間

 ■ふだんの月経量は平常より 多量 中等量 少量

 ■ふだんの月経の周期は何日型ですか？ 28日 30日 その他(日)

 ■ふだんの月経の周期は規則的ですか？ 規則的 不規則()

 ■今回の妊娠成立法は？ 自然妊娠 不妊治療()

■患者様を取り巻く状況についてお聞かせください。

- ▶夫(パートナー)は健康ですか？ はい いいえ()
- ▶夫(パートナー)のご年齢は？ (歳)
- ▶夫(パートナー)のご職業は？ ()
- ▶夫(パートナー)はたばこを吸いますか？ はい いいえ
- ▶夫(パートナー)はお酒を飲みますか？ はい いいえ
- ▶産後サポートについて 実母は？ サポート可能 サポート困難 いない
- 実家は？ 横浜市内 横浜市外()
- 産後居住される場所は？ 自宅 実家 その他()
- 実母以外、サポートしてくれる方は？ いる() いない
- 産後ケア入院についてご興味はありますか？ いいえ はい

《ウラ面へ続きます》

