

分娩予約に関する書類一式は**妊娠32週目までに**揃えて1階総合受付に提出してください。

産科病棟問診票

これからの入院生活に必要な情報を事前にお伺いします。太枠内の項目に記入、またはレ点を入れてください。

ふりがな 氏名		様	歳	分娩時の緊急連絡先	
分娩予定日 月 日		手術予定日 月 日		① パートナーの携帯電話	
あなたの職業		パートナーの血液型 型Rh ()	パートナーの職業		② ()
1. 以前に病気・手術・入院などありましたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 詳細：(記入例：6歳喘息、20歳卵巣嚢腫の手術)			8. 立ち会い分娩 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (名前 続柄)		
2. 輸血を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			9. 来院までの所要時間 (時間 分)		
3. 現在使用している薬はありますか <input type="checkbox"/> ある (具体的に) <input type="checkbox"/> ない 薬品名：			10. 煙草は吸いますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいと答えた場合：1日 本位×喫煙年数 年		
4. アレルギーはありますか (食物・薬・etc) <input type="checkbox"/> ある (具体的に) <input type="checkbox"/> ない スタッフ記入： <input type="checkbox"/> 食物アレルギー・嗜好調査票確認			11. お酒は飲みますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 1日 ml		
5. 宗教上の理由による食物制限はありますか <input type="checkbox"/> ある (具体的に) <input type="checkbox"/> ない			12. 退院後はどちらにいらっしゃいますか <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 夫の実家		
6. ステムセル採血 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			13. パートナーは出産子育てに協力的ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
7. 無痛分娩希望 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する ※35週までに医師に伝えてください			14. 退院後育児のサポートがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
入院日：20 年 月 日 時 分			15. (経産婦の方) 上のお子様の預け先		
病名			16. 家族構成、または一緒にお住まいの方との続柄・年齢・死因等を記入してください		
身長 cm			父() 母() 本人		
体重 kg			例) 父(58) 母(58) 兄(30) 妹(25) 本人 配偶者(28) 長男(5) 長女(2)		
(妊娠前) kg			感染症 風疹 / (倍) HB / () HCV / () HIV / () W氏 / () HTLA / () トキソプラズマ / () GBS / () / () クラミジア / () 最終 / Hb() 不規則抗体 / ()		
BMI			流産歴 自然 回 / 人工 回		
血液型 型 Rh ()			分娩歴 22W以降		
麻酔同意書			切迫入院 (有・無) ~ まで		
入院までの経過			入院所見		BT °C
発熱 () 嘔吐 () 下痢 ()			子宮口開大cm		BP / mmHg
			展退% (E)		
			児頭位置 (SP)		P
			EFBW (/ W g) (/ W g)		サイン