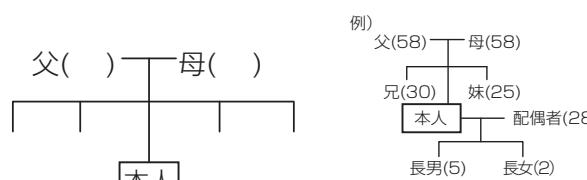


分娩予約に関する書類一式は**妊娠32週目までに**
揃えて1階総合受付に提出してください。

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 ①パートナーの携帯電話
分娩予定日 月 日	手術予定日 月 日			②()
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		
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歳卵巣囊腫の手術)		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		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		
身長 cm	16. 家族構成、または一緒に住まいの方との続柄・年齢・死因等を記入してください			
体重 kg (妊娠前) kg	 <p>父() 母()</p> <p>本人</p> <p>例) 父(58) 母(58) 兄(30) 妹(25) 本人 配偶者(28) 長男(5) 長女(2)</p>			
BMI				
血液型 型 Rh()				
包括() 入院()				
入院までの経過		<p>切迫入院(有・無) ~ まで</p> <p>入院所見 子宮口開大cm BT °C</p> <p>展退% (E) BP / mmHg</p> <p>児頭位置 (SP) P</p> <p>EFBW (/ W g) W g サイン</p>		
発熱() 嘔吐() 下痢()				