

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、またはし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 ② ()	
分娩予定日 月 日		手術予定日 月 日			
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歳卵巣嚢腫の手術) 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 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: 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"/> 食事調査票確認 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 6. ステムセル採血 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 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				8. 立ち会い分娩 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (名前 続柄) 9. 来院までの所要時間 (時間 分) 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 11. お酒は飲みますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 1日 ml 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 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 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 15. (経産婦の方)上のお子様の預け先 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 例) 父(58) 母(58) 兄(30) 妹(25) 本人 配偶者(28) 長男(5) 長女(2) 父() 母() 本人	
入院日: 20 年 月 日 時 分		病名		梅毒 / () クラミジア / () トキソプラズマ / () HB / () HCV / () 不規則抗体 / () HIV / () HTLV1 / () 風疹 / (倍) GBS / () 最終Hb / ()	
身長 cm	妊娠経過		流産歴 自然 回 / 人工 回 分娩歴 22W以降		
体重 kg			切迫入院 (有・無) ~ まで		
(妊娠前) kg			入院所見 子宮口開大cm BT °C		
BMI			展退% (E) BP / mmHg		
血液型 型 Rh ()			児頭位置 (SP) P		
包括 () 入診 ()			EFW (/ W g) (/ W g)		
入院までの経過		発熱 () 嘔吐 () 下痢 ()		サイン	