

＜里帰り出産される妊婦さんへのお願い＞

お手数をおかけしますが、以下の内容をご記載の上、受付へお出しください。

必要事項の記入と該当項目の□にチェックをお願いします。

＜妊婦さん＞

フリガナ	生年月日 年 月 日	職業	国籍
名前	連絡先(携帯)	身長 cm	非妊時体重 kg
自宅住所 〒	自宅TEL		
実家住所 〒	実家TEL		
エンゼルクリニックの受診歴 あり・なし			
マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか? はい・いいえ			

＜妊婦健診助成券について＞ ●埼玉県外に住民登録がある方は選択お願いします

当院で助成券の使用が可能と自治体に確認済み(当院とお住まいの市町村が提携している)

償還払い(助成券への記入不要) 償還払い(助成券への記入必要)

＜婚姻について＞

既婚(入籍日 年 月 日) 再婚(入籍日 年 月 日) 未婚(結婚予定 あり・なし)

＜夫(パートナー)について＞

フリガナ	生年月日 年 月 日	職業
名前	連絡先(携帯)	血液型 ()型 Rh()

＜妊娠・出産について＞

今回の妊娠方法 自然妊娠 人工授精 体外受精 顕微授精

妊娠回数(今回も含む) 回 出産 回 ⇒ (経膈分娩 回、帝王切開 回)

死産 回 流産 回 中絶 回 子宮外妊娠 回

※化学流産は妊娠・流産回数に含みません…化学流産とは妊娠反応は陽性となったが、子宮内に胎のうが確認できなかった場合

*過去の分娩について詳しくお書きください

年月日	週数	体重	性別	妊娠方法	分娩法	合併症など	施設名	栄養法
	週 日	g						
	週 日	g						
	週 日	g						
	週 日	g						

*過去の妊娠、出産時にトラブルがあればご記入ください

切迫流産 前置・低置胎盤 妊娠糖尿病 妊娠高血圧症候群 常位胎盤早期剥離
 分娩時大量出血 心の不調 B群溶連菌(GBS)感染症 その他()

＜当院以外で治療・経過観察中の病気＞ なし あり →以下に詳細の記入をお願いします

年月	病名	治療内容(薬剤名・経過観察中など)

<既往歴> これまでにかかった病気やケガ

なし あり →以下に詳細の記入をお願いします

年月	病名	治療内容(手術内容・輸血・内服など)

<アレルギーについて>

- ・アルコール なし あり
- ・医薬品 なし あり(薬剤名 _____ 症状: _____)
- ・食物 なし あり(_____)
- ・喘息 なし あり (最終発作 _____ 歳) ・花粉症 なし あり
- ・その他 なし あり(_____)

<嗜好品について>


- ・喫煙 あり (本) なし 妊娠してやめた
- ・飲酒 あり なし 妊娠してやめた

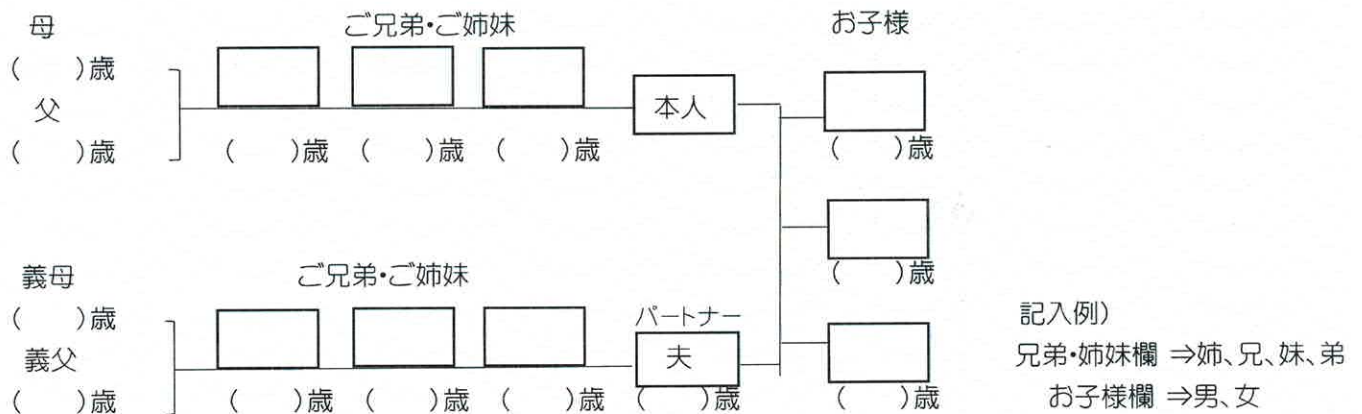
<家族歴> ご家族の方で、重要な病気にかかっている、もしくはかかったことがある場合は記載してください。

※特に心臓病、高血圧、糖尿病、脳卒中、結核、がん、感染症(B型・C型肝炎等)、
喘息、アレルギー、血栓症、遺伝性疾患など分かる範囲でお願いします

患った方(ご関係)	病名

<家族構成>

下記の図に、ご家族と年齢を記入し、妊婦さんと同居をされている方を1つの  で囲ってください



<妊娠・出産に関して心配なこと、困っていること、事前に知らせてきたいことがあればお書きください>

ご協力ありがとうございました。中村産婦人科