

バーコード

患者 ID 患者氏名 年齢 歳

職業（ ） 仕事内容（ ）

氏名	続柄	自宅	携帯
1)			
2)			
3)			

フリガナ		性別		性別
お名前	①		②	
出生体重	g		g	
分娩週数	妊娠 週 日			

☐望んだ妊娠（自然・不妊治療） ☐予期せぬ妊娠 ☐望まない妊娠 ☐妊娠になかなか気が付かなかった

5)乳房トラブル ☐なし ☐あり (内容: 時期: 頃)

--

家族構成

既往歴

父
才

母
才

配偶者
才

本人

既往歴

同居のご家族を○で囲って下さい

分娩歴

	分娩週数	分娩方法
第1子		
第2子		
第3子		

アレルギー ☐ なし ☐ あり

☐薬剤
薬剤名 ()
☐食物
食品名 ()
☐花粉 ☐テープ ☐金属 ☐ゴム
☐アルコール ☐その他 ()

既往歴（今までにかかったことのある病気）

病名	年齢	治療
		入院 ・ 手術 ・ 内服 ・ その他 ()
		入院 ・ 手術 ・ 内服 ・ その他 ()
		入院 ・ 手術 ・ 内服 ・ その他 ()

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 精神疾患 () ☐ 脳血管疾患

内服薬 ☐ なし ☐ あり

【内服薬】

【サプリメント】

- ③視力 ☐ 裸眼 ☐ 眼鏡 ☐ コンタクト
- ④聴覚 ☐ 問題なし ☐ 難聴 (☐ 右 ☐ 左)
- ⑤睡眠 ☐ 良く寝むれる ☐ 寝つきが悪い (内容:)
睡眠時間 就寝 (時) 起床 (時)
- ⑥清潔 ☐ 入浴 (回/週) ☐ シャワー (/週)

⑦排泄 尿 (回/日 夜間: 回)
 便 (回/ 日) 下剤の使用 ☐ なし ☐ あり

生活週間

たばこ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	本/日	喫煙期間 () 歳 ~ () 歳 <input type="checkbox"/> 継続中
お酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	日/週	日本酒 ml、焼酎 ml、ビール ml ワイン ml、その他 ml

産後のサポーター

サポーターが ☐ いる ☐ いない

	夫・パートナー	その他の家族	家族以外
食事			
掃除			
洗濯			
児の世話（育児）			

育児をしていくうえで何かお困りごとはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」とお答えの方は具体的にお聞かせください

ご主人・パートナーについてお答えください

2人以降の方に質問です 赤ちゃんとご兄弟でパートナーは同じですか？ ☐ はい ☐ いいえ

ご主人（パートナー）の生活週間

たばこ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	本/日	喫煙期間 () 歳 ~ () 歳 <input type="checkbox"/> 継続中
お酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	日/週	日本酒 ml、焼酎 ml、ビール ml ワイン ml、その他 ml

ご主人・パートナーの言動・行動に怖いと感じることはありますか？

☐ よくある ☐ たまにある ☐ 全くない

ご主人・パートナーは、気に入らないことがあると物にあたったりすることはありますか？

☐ よくある ☐ たまにある ☐ 全くない

ご主人・パートナーから気がすすまないのに性的な行為を強要されることはありますか？

☐ よくある ☐ たまにある ☐ 全くない

ご主人・パートナーから叩かれたり、強く押されたり、腕をぐいっと引っ張られることはありますか？

☐ よくある ☐ たまにある ☐ 全くない