

聖路加助産院 赤ちゃん和妈妈のためのショートステイ

記入日 年 月 日

フリガナ				ID	—
ママのお名前					
ご住所	〒			生年月日	西暦 年 月 日 歳
フリガナ		性別		性別	
赤ちゃんのお名前	①		②	ID	① — ② —
ご連絡先	自宅電話: 携帯電話(本人): 緊急連絡先 ① (氏名 続柄 ) 緊急連絡先 ② (氏名 続柄 )				
ご職業		国籍		今回の出産場所	

1. 今回の妊娠・出産・産後、赤ちゃんについてお答えください(該当する口に☑をご記入ください)

(1) 妊娠経過は  順調だった  注意・治療を要した(内容: )

(2) 出産経過は  順調だった  医療介入を要した(内容: )

① 出産年月日: 年 月 日 (妊娠 週 日)

② 分娩様式:  自然分娩  無痛分娩  吸引・鉗子分娩  帝王切開(理由: )

③ 分娩所要時間: 時間 分

④ 出血量:  少  中  多 ( ml) \*輸血  有  無

(3) 産後経過は  順調である  注意・治療を要する(内容: )

(4) 赤ちゃんの生後の経過は  順調である  注意・治療を要する(内容: )

① 1児の出生体重: g → 退院時体重: g (退院月日 / )  
 2児の出生体重: g → 退院時体重: g (退院月日 / )

② 栄養方法:  母乳のみ  母乳とミルク  ミルクのみ (現在の補足量 ml/回または ml/日)

③ 今後の栄養方法の希望:  母乳のみ  母乳とミルク  ミルクのみ

2. 今回以外の妊娠・分娩・産後の経過についてお答えください(当てはまる項目に○をつけるか、ご記入ください)

年 月 日	正 常	流 産	中 絶	子宮 外妊 娠	奇胎 胞状	分娩様式	産後の異常 (出血多量な ど)	生まれたお子さんについて					
								出生 週数	出生体重	性 別	健康 状態	出産場所	栄養 方法
年 月 日						自然・無痛・吸引・ 鉗子・帝王切開			g		健/否		
年 月 日						自然・無痛・吸引・ 鉗子・帝王切開			g		健/否		
年 月 日						自然・無痛・吸引・ 鉗子・帝王切開			g		健/否		
年 月 日						自然・無痛・吸引・ 鉗子・帝王切開			g		健/否		

3. 今回のご入院の目的や生活上のご希望などについて、できるだけ詳しくお書きください

4. 今までにかかったもしくは現在かかっている病気についてお答えください(該当する□に☑をご記入ください)

- (1) 以下のような病気を指摘されたことがありますか
- 婦人科疾患(子宮や卵巣の病気)  何もしていない  手術した  治療中:治療内容 )
- 喘息  完治した  内服・吸入薬使用中:薬品名 )
- 高血圧  何もしていない  治療中:治療内容 )
- 糖尿病  何もしていない  治療中:治療内容 )
- 甲状腺疾患  何もしていない  治療中:治療内容 )
- その他 (詳しくご記入ください: )
- (2) 手術をしたことが  ない  ある( 歳: )
- (3) 輸血や血液製剤を使用したことが  ない  ある (理由: )
- (4) アレルギーが  ない  ある
- 食べ物:(内容:\_\_\_\_\_ 症状:\_\_\_\_\_)
- 薬:(内容:\_\_\_\_\_ 症状:\_\_\_\_\_)
- その他:(内容:\_\_\_\_\_ 症状:\_\_\_\_\_)
- (5) 以下の感染症を指摘されたことはありますか
- HBV(B 型肝炎ウイルス)  ATL(HTLV-1)(成人 T 細胞白血病ウイルス)  HCV(C 型肝炎ウイルス)
- 梅毒  HIV  その他
- (6) 過去 5 年以内に海外の医療機関に入院されたことはありますか  ない  ある

5. ご自身の結婚歴、パートナーおよびご自分のご家族についてお答えください(該当する□に☑をご記入ください)

- (1)ご結婚歴
- 既婚( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 歳で結婚)  初婚  再婚(\_\_\_\_\_ 歳)
- 未婚
- 近く結婚予定( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 頃)  死別(\_\_\_\_\_ 歳)  離婚(\_\_\_\_\_ 歳)
- (2)パートナーについて
- 年齢: \_\_\_\_\_ 歳、職業: \_\_\_\_\_、国籍: 日本  その他(\_\_\_\_\_)
- 勤務先(名称): \_\_\_\_\_)
- 健康状態:  健康  病気がある(\_\_\_\_\_)
- (3)ご家族について
- 父 \_\_\_\_\_ 歳:  健康  病気がある(治療内容: \_\_\_\_\_)  死亡( \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_)
- 母 \_\_\_\_\_ 歳:  健康  病気がある(治療内容: \_\_\_\_\_)  死亡( \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_)
- 兄弟姉妹
- ( ) \_\_\_\_\_ 歳:  健康  病気がある(治療内容: \_\_\_\_\_)  死亡( \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_)
- ( ) \_\_\_\_\_ 歳:  健康  病気がある(治療内容: \_\_\_\_\_)  死亡( \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_)
- ( ) \_\_\_\_\_ 歳:  健康  病気がある(治療内容: \_\_\_\_\_)  死亡( \_\_\_\_\_ 歳 原因 \_\_\_\_\_)

6. 生活習慣についてお答えください(該当する□に☑をご記入ください)

- (1) 喫煙:  無
- 有( \_\_\_\_\_ 本/日、喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年、 \_\_\_\_\_ 歳から)
- 過去に有( \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで喫煙)
- (2) 夫(パートナー)の喫煙:  無
- 有( \_\_\_\_\_ 本/日、喫煙歴 \_\_\_\_\_ 年、 \_\_\_\_\_ 歳から)
- 過去に有( \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで喫煙)
- (3) 飲酒:  無
- 有(1 日量 \_\_\_\_\_ ml 位)
- 妊娠前に有(1 日量 \_\_\_\_\_ ml 位)

診療中に得られたデータを個人が特定できない範囲内で学会等により発表させていただくことがありますのでご理解とご協力をお願い申し上げます。