助産師外来　問診票

ＩＤ　０

ふりがな	性別	
お名前	男　　女	
生年月日　昭和　平成　　年　　月　　日		年齢　　歳
住所　〒		
電話番号　　（緊急時にお電話する場合があります）		

1. 今日はどうされましたか？　当てはまる項目に☑をつけて下さい。（複数選択可）
   □発熱（　　℃）　□痛み　□児の体重増加確認　□吸着困難（吸わない）
   □乳首の傷・痛み　□母乳分泌不足（感）　□しこり・腫れ　□育児相談
   □その他【　　】

2. 自覚症状はいつからありましたか？

〔　　〕

3. 最近生活に変化はありましたか？（行事・旅行など）

〔　　〕

4. 今回のお子様について教えて下さい

おなまえ（　　）　性別　（　おとこ・おんな　）
生年月日（平成・令和　　年　　月　　日）　生まれた時の体重（　　g）

5. 今回の分娩の様子

正常・異常（無痛・帝王切開・吸引・鉗子）
分娩時の週数　　週　　日
分娩時の出血量　　g
□妊娠高血圧症候群　□妊娠糖尿病　□不妊治療
その他〔　　〕

6. 既往歴

手術歴（乳房・乳頭・豊胸術含む）
なし・あり〔　　〕
手術以外の病気
なし・あり〔　　〕
アレルギー（薬・食物・その他）
なし・あり〔　　〕
常備薬（治療薬・サプリメント）
なし・あり〔　　〕
感染症　なし・あり〔　　〕

7. 希咲クリニックをお知りになったきっかけは？
   □ＨＰ　□インターネット検索　□友人の紹介（　　様）□雑誌　□その他（　　）