

問診票

ふりがな： ----- 氏名	職業：	生年月日： 歳 年 月 日
〒 (—) 住所：		身長： cm 体重： kg
※電話番号は緊急連絡先まで記入してください。		
本人の携帯：	自宅：	
緊急連絡先：	氏名：	続柄 ()

以下の質問にお答えください。(あてはまる項目□に を、または必要事項を記入してください。)

(1) 本日はどのようなことで来院されましたか？

産後ケア デイケア 産後ケア事業 市町村名：

日帰りコース (自費) カジュアルコース おっぱいデイケア

宿泊ケア 産後ケア事業 市町村名：

宿泊コース (自費) サポートコース

母乳外来 おっぱい外来 乳房外来 (乳腺炎)

(2) 出産の状況について

(西暦) 年月日	妊娠週数	お子さんの状況		分娩の状況	施設名
		性別	体重		
	週	男・女	g	正常・吸引・鉗子・ 無痛分娩・帝王切開	
	週	男・女	g	正常・吸引・鉗子 無痛分娩・帝王切開	
	週	男・女	g	正常・吸引・鉗子 無痛分娩・帝王切開	

(3) 家族構成について

同居ご家族： 夫 子 (人)

その他 ()

ご実家はどちらですか？ (都道府県 区市町村)

(4) 既往歴 (あればご記入ください)

(5) アレルギー なし あり (具体的にご記入ください)

(6) 現在内服している薬があれば、ご記入ください。

(7) 信仰している宗教 なし あり