

## 〈妊婦様・当日メディカルチェック〉

●お名前: \_\_\_\_\_ ●生年月日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

●緊急連絡先 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_ )

●出産予定日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 第 \_\_\_\_\_ 子

●かかりつけの産科 (病院名: \_\_\_\_\_ ) 電話番号( \_\_\_\_\_ )

1 妊娠何週ですか? ( \_\_\_\_\_ 週)

2 治療中、または以前に治療していた病気はありますか?  
高血圧 糖尿病 喘息 甲状腺疾患 心臓病 その他( \_\_\_\_\_ )

3 かかりつけ医から注意するように言われていることはありますか?  
高血圧 血糖値 体重増加 貧血 浮腫 その他( \_\_\_\_\_ )

4 飲んでいる薬はありますか? いいえ はい( \_\_\_\_\_ )

5 以下の経験はありますか?  
流産 切迫流産 早産 切迫早産 妊娠高血圧 帝王切開

6 お腹の張りはありますか? ない たまに張る よく張る

7 胎動はありますか? まだ感じない 時々ある よくある

8 出血はありますか? ない ある

9 その他何かありましたらご記入ください