

問診票（妊婦用）

本紙は妊娠されている方専用になります。

母子手帳をご参照するなど、出来る限り正確にご記入下さい。

勤務先 _____ TEL _____

緊急連絡先 _____ 様 TEL _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg (妊娠前 _____ kg)

出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在の週数 _____ 週 _____ 日

平均血圧 (_____ / _____ mmhg)

通院中の病院または助産院名 _____

担当医師・担当助産師名 _____

出産予定場所 自宅・里帰り・その他 (_____)

病院での検診結果で該当するものに○をつけてください。

高血圧 低血圧 たんぱく尿 尿糖 むくみ 貧血 逆子 切迫早産 お腹の張り

不整脈 _____ 有 ・ 無 _____

その他

不妊治療の経験がある方は内容をご記入下さい。

担当の医師は鍼灸治療を受けることをご存知ですか？（どちらかに○をつけてください）

許可をもらった _____ ・ _____ 伝えていない