

# マタニティカルテ

※太枠内をご記入下さい。

|           |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                     |                          |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 家 族 歴     | 血のつながりのある方で、下記の病気の方がいれば、( )内に続柄を記入してください。<br>糖尿病 ( ) ・ 高血圧 ( ) ・ 心臓病 ( ) ・ 腎臓病 ( )<br>妊娠高血圧症候群 ( ) ・ その他【 ( ) 】                                                                                                                                |                                                                                                                                     |                          |
| 体 格       | あなたの出生体重<br>身長 ( cm )                                                                                                                                                                                                                          | 2, 500g未満 ・ 2, 500 ～ 3, 999g ・ 4, 000g以上 ・ わからない<br>妊娠前の体重 ( kg ) BMI ( ) ※BMIは記入不要                                                 |                          |
| 既 往 歴     | 貧血 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎疾患 ・ 心臓病 ・ 生理不順 ・ 子宮等婦人科の病気 ( )<br>甲状腺機能亢進症 ・ その他 ( )<br>今までに、精神的なことで心療内科、精神科等に相談や受診をしたことがありますか 無 ・ 有 ( )                                                                                                                    |                                                                                                                                     |                          |
| 現 病 歴     | 無 ・ 有 ( 病名 : ) 内服中の薬 無 ・ 有 ( 薬の名前 : )                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |                          |
| 出 産 歴     | 出産 回 流産 回 死産 回 早期新生児死亡 回                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                     |                          |
|           | 第1子<br>氏名<br>生年月日<br>H R                                                                                                                                                                                                                       | 症 状 ・ 病 名<br>妊娠高血圧症候群 ・ 高血圧                                                                                                         | 家 族 構 成<br>配偶者 ( パートナー ) |
|           | 第2子<br>氏名<br>生年月日<br>H R                                                                                                                                                                                                                       | 妊娠糖尿病 ・ 高血糖 ・ 尿糖<br>尿蛋白 ・ 貧血 ・ 羊水過多症                                                                                                | 子ども ( ) 人<br>実母 ・ 実父     |
|           | 第3子<br>氏名<br>生年月日<br>H R                                                                                                                                                                                                                       | 常位胎盤早期剥離<br>その他 ( )                                                                                                                 | 義母 ・ 義父<br>その他 ( )       |
| 生活の様子     | 生活リズムについてご記入ください。<br>《 記入の仕方 》 食事●、間食▲、睡眠時間 黒くぬる                                                                                                                                                                                               | 0時 3時 6時 9時 12時 15時 18時 21時 24時<br>(例)                                                                                              |                          |
|           | アルコール                                                                                                                                                                                                                                          | 有 ( 週 回 1回につき 合 ・ cc ) ・ 無 ・ やめた                                                                                                    |                          |
|           | 喫 煙                                                                                                                                                                                                                                            | あ な た 有 ( 約1日 本 ) ・ 無 ・ やめた ( 妊娠前 ・ 妊娠後 ) ・ その他<br>配偶者 ( パートナー ) 有 ( 約1日 本 ) ・ 無 ・ やめた ・ その他<br>同 居 家 族 有 ( 約1日 本 ) ・ 無 ・ やめた ・ その他 |                          |
| 妊娠・出産について | ① つわり ( 無 ・ 弱 ・ 中 ・ 強 ) ② 疲労感 ( 無 ・ 弱 ・ 中 ・ 強 ) ③ 精神状態 ( 良 ・ 普通 ・ よくない )<br>④ 睡眠 ( 良 ・ 寝つきが悪い ・ 熟眠感があまりない ・ 日中眠気が強い )<br>⑤ 妊娠がわかったときの気持ち<br>うれしかった ・ 驚いたがうれしかった ・ 予想外で戸惑った ・ 困った ・ 何も思わなかった ・ その他 ( )<br>----- 妊娠初期アンケート提出者は、以下⑥から⑨は記載不要 ----- |                                                                                                                                     |                          |
|           | <input type="checkbox"/> ⑥ 妊娠・育児に関して相談できる人はいますか<br>無 ・ 有 ( パートナー ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・ きょうだい ・ 友達 ・ その他 : )                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |                          |
|           | <input type="checkbox"/> ⑦ 妊娠・育児に関して協力してくれる人はいますか<br>無 ・ 有 ( パートナー ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・ きょうだい ・ 友達 ・ その他 : )                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |                          |
|           | <input type="checkbox"/> ⑧ 不安なことはありますか<br>無 ・ 有 ( 妊娠や出産 ・ 健康面 ・ 経済面 ・ パートナーとの関係 ・ 家族との関係 ・ 仕事 ・ その他 : )                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |                          |
|           | <input type="checkbox"/> ⑨ 心配なことや相談したいことがあれば記入してください<br>( )                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                     |                          |