

	氏名	職業	連絡先	妊娠前の体重
ふりがな 本人		元職業 { }	携帯電話	Kg
ふりがな 配偶者 (パートナー)	血液型 () 型	年齢・職業 歳	携帯電話	結婚の有無 有(年 月または 歳) 無
自宅	住所		自宅電話	入籍予定 有 ・ 無
自宅以外の 連絡先	住所		自宅電話 携帯電話	名前 続柄()

家族構成	※ □:男性 ○:女性 同居者は自分も含めて丸で囲む		退院後の主な支援者はどなたですか () 里帰りされますか はい いいえ
			双方の両親の所在はどちらですか ご自分の両親 住所 〒 電話番号 : 名前 : パートナーの両親 住所 〒 電話番号 : 名前 :

嗜好品	アルコール	無・有()	
	たばこ	無・有(1日 本/ 間喫煙) (妊娠 週より禁煙) (年前に禁煙)	夫: 無・有(1日 本喫煙)

今までに治療(手術)した病気(事故)や治療中の病気について教えてください。

年齢	病名	治療内容	入院・通院・完治のあてはまる所に○をして下さい	病院名または医院名を記入して下さい
			入院 ・ 通院 ・ 完治	
			入院 ・ 通院 ・ 完治	
			入院 ・ 通院 ・ 完治	
			入院 ・ 通院 ・ 完治	

現在治療中の病気・内服中の薬はありますか? : 無 ・ 有(病名:) 内服薬名:)

前回までの授乳状況について教えてください。

子	栄養法	いつまで授乳をされましたか	授乳中のトラブルはありましたか
1子	母乳・混合・ミルク	生後 か月	いいえ ・ はい()
2子	母乳・混合・ミルク	生後 か月	いいえ ・ はい()
3子	母乳・混合・ミルク	生後 か月	いいえ ・ はい()
4子	母乳・混合・ミルク	生後 か月	いいえ ・ はい()

今回の授乳の希望について教えてください。以下のあてはまるものに○をつけてください。

母乳 母乳とミルクの混合 ミルク その他()

乳頭および乳房で気になることはありますか?

なし ・ あり (具体的に)

その他に助産師外来で聞きたいことはありますか?(困っていること、悩んでいること、不安なことなど)

なし ・ あり (具体的に)