

(様式4-2)

-

(この欄には何も記入しないでください)

医師用調査票

医療機関名 _____

患者氏名 _____ 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 今回の妊娠に関する状況

カルテ番号		初産・経産の別	1. 初産	2. 経産 (回目)
単胎・多胎の別	1. 単胎 2. 多胎	妊娠高血圧	1. なし	2. あり
妊娠糖尿病	1. なし 2. あり	切迫早産による入院	1. なし	2. あり
前置胎盤	1. なし 2. あり	子宮内胎児発育不全	1. なし	2. あり
胎盤早期剥離	1. なし 2. あり	子宮内感染	1. なし	2. あり
転帰	1. 生産 2. 流産 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 3. 死産 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 4. 転院 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)			

2. 出産時の状況 (生産児のみ記載)

出産日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	分娩週数	第 _____ 週 _____ 日
分娩様式	1. 自然 2. 吸引 3. 鉗子 4. 帝王切開 5. その他 ()		
出生児体重	g	出生児身長	cm
アプガースコア (生後1分)	点	アプガースコア (生後5分)	点
先天異常	1. なし 2. あり (内容: _____)		

3. 過去の分娩歴 (最近のものから記載してください)

	分娩日	分娩週数		分娩日	分娩週数
1	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	第 _____ 週	3	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	第 _____ 週
2	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	第 _____ 週	4	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	第 _____ 週