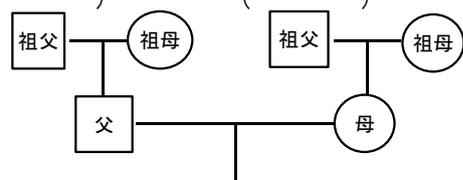


妊 娠 ・ 出 産 の 記 録

ふりがな 見氏名		令和 年 月 日 第 子			ふじみ野市 電話 ()	
家族構成	氏名	生年月日	※職業等		☆カッコ内には祖父母が住んでいる都道府県をお書き下さい () ()  □男 ○女 同居は○で囲む 対象児は↑ 死亡は□・○に斜線	
	父					
	母					
※父母は職業、兄弟姉妹は出生体重を記入					今までの病歴	
妊 娠 の 経 過	母子手帳交付日 令和 年 月 日 (週)				●たばこ 妊娠中も吸っていた (1日 本) 妊娠してやめた (週頃)	
	今回の妊娠 回	流産(回) 早産(回) 死産(回)		●アルコール 妊娠中も飲んでいて (ml 日/週) 妊娠してやめた (週頃) 飲まない		
	身長 cm BMI	(妊娠前) (出産時) (体重増加)		●妊娠中に歯科健診や治療を受けましたか 有 ・ 無 (理由) 歯に自信がある 時間がない 経済的理由 その他		
	体重 kg → kg + kg	前回妊娠時の異常 無 ・ 有 ()				
	妊娠中の異常 無 ・ 有 ()	内服治療 無 ・ 有 ()	入院治療 無 ・ 有 ()			
	妊婦健診	初期 12~16 週頃	中期 28~32 週頃	後期 36~40 週頃	備考欄	
在胎週数 週 日		出産予定日 年 月 日			分娩施設	
お母さんの状況	分娩経過 良 ・ 否 (あてはまるものに○をつけてください)					
	吸引分娩 鉗子分娩 さかご 多胎 破水 帝王切開 (理由) その他()					
	出産後の健康状態 良 ・ 否 (あてはまるものに○をつけてください)					
	疲れやすい 気分が落ち込む 何もする気にならない 不安になる イライラする これまでの病気が悪化した(病名) 出産後に病気になった(病名や治療方法) その他()					
お子さんの状況	出産後の健康状態 良 ・ 否 (あてはまるものに○をつけてください)					
	仮死 黄疸 チアノーゼ けいれん 先天性の病気 早産 低体重 光線療法 有(日間) ・ 無 保育器 有 ・ 無 その他() 新生児聴覚スクリーニング検査 受けた (異常なし ・ あり ・ 受けていない) 養育医療 受けた (受けていない)					
	今までになった病気 無 ・ 有 病名や治療法					
	退院 (年 月 日)	退院時の体重 g	栄養法	母乳	混合	ミルク
1 か月健診 (/)	出生時体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm		
栄養法	母乳	混合	ミルク	お母さんの健診結果 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm 血圧(/) 尿タンパク(- + #) 尿糖(- + #) 体重 kg その他()		