

## 出産経過および出産状況の記入用紙

ID \_\_\_\_\_ 様

以下のご質問に対して、該当箇所にチェック、あるいは必要事項をご記入ください。

こちらのアンケートをもとに、1歳半ごろにアンケートを送らせて頂きます。

産後に変化がございましたら、当院までご一報いただくようご協力お願い致します。

### 1. 出産の状況

- ・娩出日・病院名 西暦 年 月 日 ( 週 日) 病院名:
- ・児の状況  生産  流産 (21週6日まで)  死産 (22週0日以降)  
 その他 ( )
- ・胎位  頭位  骨盤位  その他 ( )
- ・分娩様式  経膈分娩  予定帝王切開  緊急帝王切開

### 2. 妊娠・出産時における特記事項

該当する項目すべてにチェックしてください。

- なし
- 切迫流産  切迫早産  妊娠糖尿病  妊娠高血圧  重度のつわり (  入院  点滴通院 )
- 頸管無力症  前置胎盤  低置胎盤  癒着胎盤  胎盤早期剥離
- 胎児発育遅延  子宮内胎児死亡
- クリステレル圧迫法  吸引分娩  鉗子分娩  胎盤用手剥離
- 前期破水  微弱陣痛  分娩停止  分娩遷延  弛緩出血
- その他 ( )

### 3. 今回出産のお子様について

- ・出生児数  1人  2人 (  一卵性  二卵性 )  3人以上

	第1子	第2子
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
体格	身長 cm 体重 g 頭囲 cm	身長 cm 体重 g 頭囲 cm
アプガースコア	1分後 点、5分後 点	1分後 点、5分後 点
特別な所見・処置	<input type="checkbox"/> 新生児仮死→ (蘇生・死亡) <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 新生児仮死→ (蘇生・死亡) <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> その他 ( )
出生児の先天性異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
お子様の名前	フリガナ	フリガナ

### 4. 近況報告がありましたら是非お知らせください。

(当院通院終了後、住所変更された方はご記載をお願いいたします)

ご協力ありがとうございました。