

## 佐久医療センター産科にご紹介となる方へ

受診にあたり以下の事にご協力をお願いします。

- 「プロフィール用紙」を記入し産婦人科外来窓口に提出してください。  
妊娠20週未満の方は「初期妊娠リスク自己評価表」も記入し提出してください。  
  
(近隣にお住まいで妊娠初期に当院の分娩予約外来を受診され既に記入済みの方は提出不要です。)
- 血液検査（血糖検査含む）を行う可能性があります。  
お食事や糖分の入った飲物はご予約時間の2時間前までに済ませてください。  
(分娩予約外来を受診される方はお食事の制限はありません。)
- 来院前に体調不良（発熱・咳・咽頭痛・鼻汁・下痢など）がある場合は事前に電話でご相談ください。
- ご家族様のお付き添いは原則お一人様とさせていただきます。体調の優れない方はご遠慮ください。
- はじめてご紹介となる方は診療の内容にもよりますが概ね2～3時間程度かかります。お時間に余裕を持ってお越しください。  
(近隣にお住まいで分娩予約外来を受診される方は概ね1時間程度かかります。)

ご不明な点がございましたら平日の15時～17時までに産婦人科外来へお問い合わせください。

佐久医療センター産婦人科外来  
TEL：0267-62-8181（代表）

# プロフィール用紙

初診日

記入日

年

月

日

ふりがな  
氏名：..... 歳 携帯 TEL：.....

現住所：..... 住居形態： 一戸建て・アパート・マンション

実家住所：..... 実家 TEL：.....

血液型：..... 型 Rh (.....) 身長：..... cm 非妊時体重：..... kg

職場名：..... 仕事の内容：..... 常勤・パート・アルバイト 前職：.....

緊急連絡先 1 は夫またはパートナー

ふりがな  
1 氏名..... 続柄 (.....) TEL.....ふりがな  
2 氏名..... 続柄 (.....) TEL.....

今までかかった病気や手術：なし・あり 輸血を受けたこと：なし・あり

(心臓病・腎臓病・肝臓病・喘息・甲状腺・糖尿病・高血圧・不整脈・血液疾患・脳の病気・緑内障・婦人科疾患・免疫疾患・悪性腫瘍・血栓症・精神・心療内科・その他)

服用中の薬・サプリメント：なし・あり (.....)

食物アレルギー：なし・あり (食品名：..... 症状：.....)

薬剤アレルギー：なし・あり (いつ：..... 薬品名：.....  
(症状：.....))

その他アレルギー：花粉症：なし・あり (.....)・アトピー・金属・ラテックスなど

喫煙：なし・あり 1日.....本 紙タバコ・電子タバコ (以前吸っていた.....歳～.....歳 1日.....本)

飲酒：なし・あり (以前飲んでいた.....歳から.....毎日.....週に.....回位.....お付き合い程度)

初潮年齢：.....歳 月経周期：.....日型 順・不順 持続：.....日間 量：多・中・少

生理痛：なし・あり (頭痛・下腹痛・腰痛・その他.....) 鎮痛剤使用：なし・あり (薬品名.....)

最終月経：.....年.....月.....日～.....日間

不妊治療：なし・あり いつから：..... 施設名：.....

・タイミング ・排卵誘発剤 ・ホルモン補充周期・AIH ・体外受精 (媒精・顕微受精・不明)

・その他 (胚盤胞移植 ・卵子提供)

着床前・出生前遺伝学的検査：なし・あり (下記に○印を付けて下さい) ・不明

・着床前胚染色体異数性検査・着床前遺伝学的検査・着床前胚染色体構造異常検査・NIPT・コンバインド・血清マーカー

・絨毛 (・染色体 ・遺伝子 ・その他) ・羊水 (・染色体 ・遺伝子 ・その他)

今までの妊娠・出産について ・分娩.....回 ・自然流産.....回 ・人工妊娠中絶.....回

(切迫早産・妊娠高血圧症候群・胎盤早期剥離・多量出血・癒着胎盤・血栓症・その他)

西暦 週数 体重 分娩方法 所要時間 出血量 施設名

.....年.....月.....日.....週.....g 男/女 経膈・帝切

.....年.....月.....日.....週.....g 男/女 経膈・帝切

.....年.....月.....日.....週.....g 男/女 経膈・帝切

.....年.....月.....日.....週.....g 男/女 経膈・帝切

結婚歴について

初婚（西暦） .....年.....月 .....歳～.....歳

再婚（西暦） .....年.....月 .....歳～.....歳

・未入籍 ・入籍予定 なし・あり（ .....年.....月頃） ・未定

ご主人（パートナー）について

ふりがな  
氏名：..... 年齢：.....歳 血液型：.....型 Rh（.....）

職場名：..... 仕事の内容：..... 職場 TEL：.....

夫の実家：..... TEL：.....

健康状態： 健康 ・治療中（.....）

喫煙：なし・あり（ .....本/日）紙タバコ・電子タバコ

飲酒：なし・あり（ 週に .....日 ・お付き合い程度）

夫： 初婚 ・ 再婚 \*前妻との子ども： なし・あり（.....）

ご家族について \*かかった病気：糖尿病、高血圧、遺伝性疾患、血栓症、手術その他があれば記入して下さい

病名など		病名など	
実父（.....歳）.....		義父（.....歳）.....	
実母（.....歳）.....		義母（.....歳）.....	
兄弟姉妹（.....歳）.....		ご本人の	
兄弟姉妹（.....歳）.....		子ども（.....歳）.....	
兄弟姉妹（.....歳）.....		子ども（.....歳）.....	
兄弟姉妹（.....歳）.....		子ども（.....歳）.....	
その他		子ども（.....歳）.....	

同居人数：.....人暮らし

精神的支援者：.....日常生活支援者：..... 信仰宗教： なし・あり（.....）

生活リズム：起床 .....朝食..... 昼食..... 夕食..... 就寝.....  
( : ) ( : ) ( : ) ( : ) ( : )

退院後の居住地：自宅 ・実家 ・その他

主なサポート者：夫 育児休暇予定 なし ・あり 期間.....  
実母 ・義母 ・その他（.....）

困っていることや相談したいことなどがあればお書き下さい。（経済面・支援者がいないなど）

\*ありがとうございました。記入していただいた個人情報には慎重に管理致します。

佐久医療センター 産婦人科 (.....)