

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 (.....)

初期妊娠リスク自己評価表

質問事項	該当する事項のみチェックを付けてください。			
	0点	1点	2点	5点
1.あなたがお産をするときの年齢は何歳ですか？	<input type="checkbox"/> 16-34歳	<input type="checkbox"/> 35-39歳または、15歳以下	-	<input type="checkbox"/> 40歳以上
2.これまでにお産をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ初めての分娩です	-	-
3.身長は150cm以上ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ150cm未満です	-	-
4.妊娠前の体重は何kgですか？	<input type="checkbox"/> 65kg未満	<input type="checkbox"/> 65-79kg	<input type="checkbox"/> 80-99kg	<input type="checkbox"/> 100kg以上
5.タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	-	-
6.毎日お酒を飲みますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	-	-
7.向精神薬を使用していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	-	<input type="checkbox"/> はい	-
8.これまでに右記事項に当てはまればチェックしてください。 ※チェック数×1点	<input type="checkbox"/> 高血圧があるが薬は服用していない <input type="checkbox"/> 子宮がん健診での異常（クラスⅢb以上）があるといわれた <input type="checkbox"/> 心臓病があるが、激しい運動をしなければ問題はない <input type="checkbox"/> 糖尿病があるが薬は服用も注射もしていない		<input type="checkbox"/> 先天性股関節脱臼 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患があるが症状はない <input type="checkbox"/> 風疹の抗体がない	
9.これまでに右記事項にあてはまればチェックしてください。 ※チェック数×2点	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患があり管理不良 <input type="checkbox"/> 精神神経疾患 <input type="checkbox"/> てんかん		<input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> Rh陰性 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 血液疾患	
10.これまでに右記事項にあてはまればチェックしてください。 ※チェック数×5点	<input type="checkbox"/> 高血圧で薬を服用している <input type="checkbox"/> 糖尿病でインスリンを注射している <input type="checkbox"/> HIV陽性		<input type="checkbox"/> 心臓病があり、少しの運動でも苦しい <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群といわれた	
11.これまでに右記事項にあてはまればチェックしてください。 ※チェック数×1点	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 前回妊娠時に妊娠高血圧症候群軽症(血圧が140/90以上160/110未満) <input type="checkbox"/> 前回妊娠時に巨大児(4kg以上)		<input type="checkbox"/> 子宮腔部の円錐切除後 <input type="checkbox"/> 前回妊娠時に産後出血多量(500ml以上)	
12.これまでに右記事項にあてはまればチェックしてください。 ※チェック数×2点	<input type="checkbox"/> 巨大子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 新生児死亡		<input type="checkbox"/> 子宮手術後 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 児の大きな奇形 <input type="checkbox"/> 2回以上の自然流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 2500g未満の児の出産	
13.これまでに右記事項にあてはまればチェックしてください。 ※チェック数×5点	<input type="checkbox"/> 前回妊娠が、妊娠高血圧症候群(血圧が160/110以上)		<input type="checkbox"/> 前回妊娠が、常位胎盤早期剥離	
14.今回不妊治療を受けましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 排卵誘発剤の注射	<input type="checkbox"/> 体外受精	-
15.今回の妊娠は	-	<input type="checkbox"/> 予定日不明妊娠	<input type="checkbox"/> 2年以上の不妊治療後の妊娠	-
	-	<input type="checkbox"/> 減数手術を受けた		-
16.今回の妊婦健診について	<input type="checkbox"/> 妊娠初期に受診	<input type="checkbox"/> 28週以後の初診	<input type="checkbox"/> 分娩時が初診	-
17.赤ちゃんに染色体異常があるといわれていますか？	<input type="checkbox"/> いわれていない	<input type="checkbox"/> 疑いがある	<input type="checkbox"/> 異常が確定してる	-
18.妊娠初期検査で異常があるといわれていますか？	<input type="checkbox"/> いわれていない	<input type="checkbox"/> B型肝炎陽性	<input type="checkbox"/> 性感染症(梅毒、淋病、外陰ヘルペス、クラミジア)の治療中	-

合計 点

0-1点：妊娠初期時点では低リスクです。かかりつけ医で定期的に妊婦健診をうけていただくことが可能です。
 2-3点：中等度のリスクです。当院を受診の上、かかりつけ医での妊婦健診が可能か医師と相談してください。
 4点以上：ハイリスク妊娠です。妊娠初期より当院での妊婦健診をお勧めします。