

助産師面談 妊娠期初回スクリーニング

お名前: _____ (診察券番号: _____) 記入日: _____年 _____月 _____日

今までにかかれた病気やお体について			
1	糖尿病がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
2	自己免疫疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
3	高血圧がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
3	血液疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
4	脳神経系疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
5	甲状腺疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
6	心臓疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
7	悪性腫瘍・がんになったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
8	腎臓疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
9	精神疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
10	それ以外で通院中の病気がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
11	BMI(体格指数)28以上/妊娠前体重80kg以上 (BMI:妊娠前体重kg÷身長m÷身長m)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

生活・社会的なことについて			
12	外国籍の方ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
13	視聴覚や言葉に不自由なところがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
14	体に不自由なところがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
15	40歳以上の初産婦さんですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
16	未成年ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
17	未婚ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
18	経済的に困っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
19	ご家族との関係で困っていることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
20	重労働の職業についていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

赤ちゃんのことについて			
21	なにかの異常を指摘されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
22	ご家族に遺伝的な疾患がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

過去にご出産経験のある方は			
23	現在上のお子さんのことで相談できる人がいなく困っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
24	前のご出産の時に産後うつ症状になったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

お気持ちについて			
25	妊娠や出産について不安が強く困っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
26	気分がすごく落ち込むことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
27	今までに心療内科やカウンセリングを受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい