

C. あなたの結婚、妊娠、分娩について

1. 未婚 婚約中 同棲中 既婚(年 月 才で結婚) 現在の夫の年齢(才) 離婚
2. 性交(セックス)の経験はありますか はい いいえ
3. 以前に妊娠したことがありますか はい いいえ
4. 妊娠したことのある方は、下の表に妊娠した順にお答え下さい。

順番	出産年月日	お産は				子供さんは			分娩場所 (病医院名)
		正常	鉗子吸引	帝王切開	死産	男	女	生まれた時の体重(g)	
1	・ ・							g	
2	・ ・							g	
3	・ ・							g	
4	・ ・							g	
5	・ ・							g	

自然流産()回 人工中絶()回

D. 特異体質、薬のアレルギーはありますか

ない

ある：ペニシリン ピリン ヨード 食物 その他()

E. 今までに大きな病気、手術を受けられたり入院されたことがありますか

ない

ある：どんな病気ですか

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 背骨(ヘルニア・側弯) 股関節 心療内科

その他()

手術は()

F. ご家族について

1. あなたのご両親は健在ですか 父(健在 死亡) 母(健在 死亡)

2. ご家族に特別な病気の方がいますか

いない

いる(遺伝病 高血圧 糖尿病 結核 癌)

G. 貴方の生活について

1. 飲酒の習慣がありますか ない ある

2. 喫煙の習慣がありますか ない ある(1日 本)

3. 便通はいかがですか 毎日 ()日に1回

4. 睡眠は十分に取れていますか はい 不眠である(睡眠薬を服用する しない)

5. 常用している薬がありますか (医師の薬、薬局の薬、民間薬、漢方薬など)

()