

妊婦相談記録票

母子手帳
交付番号

【妊婦】

住所：嘉手納町 (区)

氏名： 転居予定： 無・有()

生年月日： 年 月 日生 (歳)

連絡先：

職業：

[常勤(正規・契約・派遣)・パート・アルバイト・日雇い・自営業・その他()]

婚姻： ☐既婚 ☐未婚(入籍予定:あり・なし・未定) ☐再婚

【夫又はパートナー】

氏名：

生年月日： 年 月 日生 (歳)

連絡先：

職業：

[常勤(正規・契約・派遣)・パート・アルバイト・日雇い・自営業・その他()]

【妊娠等】

初診年月日： 年 月 日 (週)

分娩予定日： 年 月 日 ☐単胎 ☐多胎(胎)

【出産予定医療機関】 名称：

【習慣】

食事回数： 回 運動習慣： 有・無

よく飲む飲み物： 水・お茶・コーヒー・紅茶・炭酸飲料・ジュース・その他()

【妊娠・分娩の経過】

	児の名前	性別	生年月日	生下時体重	妊娠の経過 (高血圧症・高血糖・貧血等)	分娩の経過 (自然分娩・帝王切開等)
1				g		
2				g		
3				g		
4				g		
5				g		

【健康保険の種類】

社保・国保・生活保護・その他()

※医療機関等関係機関との連携を必要とする場合、連携に必要な情報を提供することに同意しますか？

☐ 同意します ☐ 同意しません

年 月 日

氏名：