

パートナー氏名	生年月日	職業・携帯番号	妊娠時同居家族構成(妊娠時本人からみて)			
既婚・未婚 (入籍予定あり・なし)	健康・病気	生 名称 職 業 パートナーの携帯番号	<input type="checkbox"/> 核家族 <input type="checkbox"/> 複合家族 <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> (本人を除く) <input type="checkbox"/> 同居人数 <input type="checkbox"/> 人 その他 ( )			
妊娠家族歴		今回の妊娠状況				
父 なし あり ( ) 母 なし あり ( ) 兄弟姉妹 なし あり ( ) 産前産後 糖尿病等記入してください		現在かかっている ( ) 産婦人科名 ( ) 悪阻(つわり) 無・有・不明 治療 無・有 切迫流産 無・有・不明 治療 無・有 貧血 無・有・不明 治療 無・有 妊娠高血圧症候群 無・有・不明 治療 無・有 尿蛋白 / mmHg 原糖 無・有・不明 治療 無・有 その他 ( )				
妊婦既往歴						
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> HbE抗原 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病等 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
既往・往死	年 月	出生体重 週 数	性別	妊娠・分娩・産褥の異常	妊娠中の 体重増加	栄 養 母 乳 ミドリ等
妊産を 娠を 含 歴	年 月	g 週	男女	1 妊娠高血圧症候群 2 切迫流産 3 貧血 4 帝王切開 5 その他	kg	母・ミ・産
	年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・産
	年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・産
	年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・産
	年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・産
仕事・家事	普通・気をつけている・無理をしている					
自転車・バイク利用	なし・あり					
喫煙	本人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日	食欲 あり・普通・なし			
	家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日	食事回数 ( ) 回/日			
飲酒	なし・あり 時々・毎日 ( )		味付け うす味・普通・こい味			
便通	回/日		偏食 なし・あり			
妊娠中に転居の可能性	はい・いいえ		特に嫌いなもの ( )			
今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがある	はい・いいえ		妊娠してから食生活上特に注意している点 ( )			
障がい者手帳を所持している	はい・いいえ					
相談日 (面談日)	20 年 月 日 保		栄			
保健指導	1.母子健康手帳の活用 2.定期健診の勧め 3.体重のコントロール 4.疾病予防 5.母乳のすすめ 6.喫煙について		7.分娩費の補助について 8.両(母)親学級のすすめ 9.予防接種について 10.疾患 11.その他(社会的・経済的)		栄養指導 <input type="checkbox"/> 1.食事回数 <input type="checkbox"/> 6.体重管理 <input type="checkbox"/> 2.つわり <input type="checkbox"/> 7.疾病予防 <input type="checkbox"/> 3.味付け <input type="checkbox"/> 8.病態 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 貧 <input type="checkbox"/> 4.偏食 <input type="checkbox"/> 9.その他 ( ) <input type="checkbox"/> 5.間食 <input type="checkbox"/> サイン ( ) <input type="checkbox"/> サイン ( )	
保健指導	<input type="checkbox"/> 対応済み <input type="checkbox"/> 継続支援 <input type="checkbox"/> 未対応					
次回 予定	20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接					
区分	<input type="checkbox"/> 双胎・多胎 <input type="checkbox"/> 32週以降の交付 <input type="checkbox"/> 外国人で意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他(社会的・経済的) <input type="checkbox"/> 若年妊産婦 <input type="checkbox"/> 産後の交付 <input type="checkbox"/> 母の疾患					
歯科	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 0:健全歯 本 1:処置歯 本 2:未処置歯 本 3:△処置歯 本 4:△未処置歯 本 5:▲歯 本 歯磨き <input type="checkbox"/> 回 咀嚼意識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 サイン ( ) かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 定期健診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歯間ブラシ・フロス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 口への満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> 不自由 喫煙の歯周病への影響 <input type="checkbox"/> 影響あり <input type="checkbox"/> 影響なし <input type="checkbox"/> わからない 判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要精密					
歯科相談	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
歯石	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
CAL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
CPITN	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
不正咬合	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					