

◆以下の項目について当てはまる項目にチェック☑して下さい。

今回の妊娠は何回目ですか？		回目 (内訳：出産 回、死産 回、流産 回、中絶 回)
上記で2回以上の方	過去の妊娠経過は？	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 体重増加 15Kg以上 <input type="checkbox"/> その他 ()
	過去の分娩経過は？	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 出血多量 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()
今回の妊娠を知った時、うれしかったですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない ()
本人	今までに治療した病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 高血圧・心疾患・甲状腺疾患・糖尿病・貧血・婦人科疾患 自律神経失調症・その他 ()
	現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 高血圧・心疾患・甲状腺疾患・糖尿病・貧血・婦人科疾患 自律神経失調症・その他 ()
	今までに心理的、精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医療機関・相談内容 等 ()
夫	現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 高血圧・心疾患・糖尿病・高コレステロール血症 その他 ()
	今までに心理的、精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 医療機関・相談内容 等 ()
困った時に相談できる人はいますか？		<input type="checkbox"/> 夫にはなんでも打ち明けることができる。 <input type="checkbox"/> 自身の母親にはなんでも打ち明けることができる。 <input type="checkbox"/> 上記以外になんでも相談できる人がいる。 (誰ですか？)
子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか？		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない ()
現在、心配なこと、気になることがありましたらご自由に記入ください		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (妊娠経過、出産、子育て、病気、生活面、経済面) その他 ()