|  |  |
| --- | --- |
| 登録施設 |  |
| 登録年月日 | 　　　 |
| 登録日妊娠週数 |  |
| 妊婦氏名　 　（ フリガナ） |  |
| 生年月日 （ 　歳） |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 家族連絡先（続柄　電話番号） |  |
| 分娩予定日 |  |
| 生殖補助医療の有無 |  |
| 経妊経産（G 　P　) |  |
| 自然流産回数 |  |
| 人工流産回数 |  |
| 既往分娩の状況 |  |
| 　（分娩日、週数、児体重、分娩様式） |
| 既往歴 |  |
| 定期内服薬 |  |
| 特記アレルギー |  |
| 身長 |  |
| 非妊時体重 |  |
| 職業 |  |
| 特記申し送り事項 |  |
| **＊初・中期検査結果等はコピー添付お願いします。** |

**市立札幌病院セミオープン妊婦登録シート**

★登録申し込み前に、登録対象外項目に該当していない妊婦であることの確認をお願い

いたします。