

問診票 B

名前 _____

今までの妊娠歴についてお答え下さい。

転帰は、以下よりお選び下さい。

正常分娩、帝王切開、人工妊娠中絶、化学流産（妊娠反応のみ陽性で超音波で何も見えなかったもの）、初期流産、死産（妊娠 12 週以降で陣痛をつけて分娩する形をとったもの）、子宮外妊娠、胎状奇胎など

	年 月 (西暦)	妊娠週数	転 帰	胎児心拍	胎児の有無 (有の場合、最 大の大きさ)	流産手術の 有無	特記事項 (体外受精、人工授精、胎児染色体結果、 出産の場合、児体重、妊娠高血圧の有無など)
1	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
2	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
3	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
4	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
5	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
6	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
7	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
8	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
9	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	
10	年 月			有・無	有 mm・無	有・無	