

福岡市立こども病院 産科 初診時間診票

*初診時に皆様にお伺いしております、ご記入ください。

本人氏名：

- ・緊急連絡先：本人以外2か所

ふりがな
氏名

(夫) TEL

生年月日(西暦 / /)

血液型()

ふりがな
氏名

() TEL

- ・当院までの交通機関と所要時間 (記入例：車で20分など)

- ・家族構成と家族歴、入院時のサポート

① 結婚されていますか。(初婚 ・ 再婚 ・ 未入籍)

② ご職業は何ですか。()

③ 食事や習慣など、病院受診や入院などに際して配慮の必要な宗教がありますか。

(はい ・ いいえ) はいの場合は宗教名：

④ 家族背景

ご両親はご健在ですか。 実父：健在・他界 実母： 健在・他界

義父：健在・他界 義母： 健在・他界

ご実家はどちらになりますか。例 東区照葉, ○○県等

(実家： 義実家：)

ご兄弟、姉妹はいらっしゃいますか。 本人： 兄弟()人 姉妹()人

夫： 兄弟()人 姉妹()人

何人でお住まいですか？()人

お子様はいらっしゃいますか。(人, それぞれの年齢, 性別：)

⑤産前産後のサポートがありますか。主にサポートをしてくれる方は誰ですか。

(記入例：夫, 実母 産後に里帰り予定 など)

⑥心療内科・精神科にかかったことがありますか？

いいえ ・ はい → いつ頃から： いつまで：

症状・病名：

内服薬 有 ・ 無 (薬剤名：)

⑦その他, ご質問や気になっていることなどあればご記入ください。