取手市産後ケア事業利用問診票

利用者氏名（ふりがな）	
既往歴	1. 今までに大きな病気をしたことがありますか？ ①いいえ ②はい（病名：　　）
現病歴	1. 現在治療中の病気等はありますか？ ①いいえ ②はい（病名　　） 2. 薬を飲んでいますか？ ①いいえ ②はい（薬の内容：　　）
感染症について	1. 妊娠中の検査について ・梅毒血清反応（陰性・陽性）　・HIV抗体（陰性・陽性） ・HBs抗原（陰性・陽性）　・HCV抗体（陰性・陽性） その他（　　）
アレルギーについて	1. 食物アレルギーはありますか ①いいえ ②はい（　　）
お子様の病気について	1. 現在治療中の病気等はありますか？ ①いいえ ②はい（病名：　　）
緊急連絡先	氏名（ふりがな）　　続柄
	電話

※取手市産後ケア事業を利用するにあたり上記の内容を利用施設に情報提供をおこないます。