

*対象者：妊婦及び出産後2ヶ月以内の方

避難所名： _____ 日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 母子健康手帳： 有 _____ 無 _____

フリガナ 氏名		生年月日 (年齢)		年 月 日 (才)
住所				
電話番号				
治療中の病気		なし・あり(病名： 内服： _____ 病院名： _____)		
妊娠中 の方	妊娠週数	妊娠 _____ 週	初産・経産(_____ 回)	
	分娩予定 施設名		分娩予定日	年 月 日
				最終受診日
産後 の方	分娩日	年 月 日	今回の分娩	経膈分娩・帝王切開
	産後日数	ヶ月 日	分娩施設名	

【妊娠中の方】*1つでも〇があれば安静を保ち、助産師(または保健師)面接へ

☆現在健診で医師から言われていることがあれば、〇をつけてください。

1. 切迫流産・早産(内服：あり・なし)
2. おなかの赤ちゃんが(小さめ・大きめ)
3. 羊水が(少なめ・多め)
4. 胎盤が(低い・子宮口にかかっている)
5. 妊娠糖尿病(インスリン使用：あり・なし)
6. 高血圧(内服あり・なし)
7. その他(_____)

☆現在の心身の状況に当てはまることがあれば、〇をつけてください。

【妊娠中の方】

1. おなかの張り・陣痛 (いつから： _____ 間隔： _____ 強さ： _____)
2. 破水 (いつから： _____ 量： _____ 色： _____)
3. 胎動減少・消失 (いつから： _____)

【全員】

4. 腹痛 (いつから： _____ 部位： _____ 痛み方： _____)
5. 性器出血 (いつから： _____ 量： _____)
6. 発熱(_____ ℃)・せき・鼻水・吐き気・嘔吐・下痢
7. 気持ちが悪くなる・イライラする・理由もなく涙が出る

* 1~5に 〇 ⇒ 医療機関へ搬送

* 6に 〇 ⇒ 隔離

* 7に 〇 ⇒ 助産師または保健師面接

対応者氏名：(助産師) _____

※記録票は、原則として対象者に渡す