

逆子治療専用 追加問診票

- 現在妊娠 週 日
- 出産予定日 年 月 日
- かかっている 医院名 ()
連絡先 (-)
- 医師から指摘されていることがありますか？
- 今回は (初産 ・ 人目)

● 薬を飲んでいますか？

◇ 妊娠何週目で逆子が判明しましたか () 週

◇ 赤ちゃんの位置・体重は

◇ 医師からの指示は (寝方・体操など)

- 体質について伺います。(複数回答可)
 - ☐ コリ・痛み (首 ・ 肩 ・ 背中 ・ 腰 ・ その他)
 - ☐ 暑がり ☐ 寒がり ☐ 疲れやすい
 - ☐ よく頭痛がある ☐ 汗をあまりかかない ☐ 汗かき
 - ☐ 緊張しやすい ☐ ストレスを感じる ☐ 足がつる
 - ☐ お腹が張る ☐ その他 ()
- 嗜好
 - ☐ 茶 ☐ コーヒー ☐ 辛味 ☐ 甘味 ☐ 油物 ☐ 野菜
 - ☐ 肉 ☐ 魚 ☐ 果物 ☐ その他 ()
- 食欲
 - 食事回数 1日 回
 - ☐ 旺盛 ☐ 普通 ☐ ない
- 間食
 - ☐ 多い ☐ 時々 ☐ しない
- 睡眠
 - 1日約 時間 (時頃 ~ 時頃)
 - ☐ よくねる ☐ ねつきが悪い ☐ 眠りが浅い ☐ 早朝に目が覚める
- 便秘: 小 1日 回 ・ 約 時間おき
: 大 ☐ 毎日ある ☐ 毎日ない (日に1回)
- 運動
 - ☐ よくする ☐ 時々 ☐ しない
 - 内容 ()
 - 頻度 (月 ・ 週 回)
- 入浴
 - ☐ シャワーのみ ☐ 湯船につかる (毎日 ・ 時々)
- その他気になることがありましたらお書きください

この線で切り取ってください。