

## サイトメガロウイルス問診票

【氏名】 \_\_\_\_\_ (カタカナ) \_\_\_\_\_) さん

【生年月日・年齢】 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

【分娩予定日】 西暦 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

来院日 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) は、妊娠 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日

【上のお子様】 (居ない・居る)

1) 女・男 西暦 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)

2) 女・男 西暦 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)

3) 女・男 西暦 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)

【職業】 保育師、看護師、医師、事務職、製造、その他

(具体的に \_\_\_\_\_ )

3歳までの乳幼児と週に何人くらい接触しますか？

( \_\_\_\_\_ 人、今回妊娠中は \_\_\_\_\_ 人)

【サイトメガロウイルス感染と診断されたことは】 (無・有；西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ )

【伝染性単核球症と診断されたことは】 (無・有；西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ )

【原因不明の発熱 (38℃以上で1週間以上) は】 (無・有；西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ )

【上の子と食べ物・食器を共有しますか】

(居ない・無・有；西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ ~ )

具体的に ( \_\_\_\_\_ )

妊娠中もありますか？ (無・有； \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ )

【夫・パートナー】 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

伝染性単核球症罹患歴： (無・有・不明)

【今回妊娠中に気になること】