

サイトメガロウイルス問診票

氏名(_____、ひらがな _____)

年齢 _____ 歳(昭和・平成 _____ 年(西暦 19 _____ 年) _____ 月 _____ 日生)

分娩予定日:平成 _____ 年(西暦 201 _____ 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 平成 _____ 年(西暦 201 _____ 年) _____ 月 _____ 日生(_____ 歳 _____ か月)

2)女・男 平成 _____ 年(西暦 201 _____ 年) _____ 月 _____ 日生(_____ 歳 _____ か月)

3)女・男 平成 _____ 年(西暦 201 _____ 年) _____ 月 _____ 日生(_____ 歳 _____ か月)

【職業】保育士、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】(無い、有る; _____ 年 _____ 月 _____)

【伝染性単核球症と診断されたことは】(無い、有る; _____ 年 _____ 月 _____)

【原因不明の発熱(38℃以上で1週間以上)は】(無い、有る; _____ 年 _____ 月 _____)

【上の子と食べ物・食器を共有しますか】(居ない、無い、有る; _____ 年 _____ 月 _____)

~ _____)

具体的に(_____)

_____)

妊娠中もありますか？(無い、有る; _____ 月 _____ 日 _____)

【夫・パートナー】年齢 _____ 歳(昭和・平成 _____ 年(19 _____ 年) _____ 月 _____ 日生)

伝染性単核球症罹患歴:(なし・不明・有)

【今回妊娠中に気になること】