

個人情報	
産婦氏名	(カナ:)
住所	江戸川区
電話番号	
宿泊希望日数	泊 日
アレルギー*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

*宗教上食べられないものを含む

分娩について	
出産日	年 月 日
出産場所	
出産方法	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 無痛分娩
分娩の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
産後の経過	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()
児の経過	
児氏名	(カナ:)
出生体重	g
退院時の体重	g
現在の体重	g (年 月 日現在)
児の疾病等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *ただし医療行為なし ()