

個人情報			
相談者氏名	(カナ:)	所属・職種	
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 ()		

分娩医療機関から <input type="checkbox"/> 受け入れ <input type="checkbox"/> 受け入れ不可 (理由)
--