

1. 問診表

あなたの出産と一緒に考えるために、空欄にご記入ください。あてはまる項目は をお願いします。

お名前 _____ 身長 _____ cm 妊娠前の体重 _____ kg

- 現在の健康の状況・生活習慣
 - アレルギー なし あり (花粉症・ アレルギー性鼻炎・ 薬 _____ ・ 食品 _____ ・ その他 _____)
 - 気管支喘息 なし あり (最終発作 _____ 歳)
 - たばこ 吸わない 吸っている (_____ 本/日) ※パートナーの喫煙 吸わない 吸っている (_____ 本/日)
 - 飲酒 しない する (ときどき _____ ・ ほぼ毎日 _____ を _____ 杯)
 - 食事 規則的 不規則
 - 常用薬 なし あり (_____)
- 今までに手術を受けたことがありますか なし あり (_____)
- 今までに輸血を受けたことがありますか なし あり (_____)
- 現在、下記の項目で、あてはまるものがありますか？ なし
 - 高血圧 糖尿病 慢性腎炎 心疾患 甲状腺疾患 肝炎 自己免疫疾患 血液疾患 Rhマイナス
 - 先天性股関節脱臼 脳梗塞 脳内出血 てんかん 精神疾患 悪性腫瘍 血栓症 結核 その他
- ご自分の両親、兄弟姉妹に以下に該当する方がいらっしゃいますか？ なし
 - 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 精神疾患 その他 (_____)
- 下記の婦人科の項目で、あてはまるものがありますか？ なし
 - 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍 子宮頸がん 子宮頸部異形成 その他
- 子宮がん検診を受けたことはありますか？ あり (最終 _____ 年 _____ 月) なし
- 乳がん検診を受けたことはありますか？ あり (最終 _____ 年 _____ 月) なし
- 結核の検査 (ツベルクリン、胸のレントゲン撮影など) を最後に受けたのはいつですか？ _____ 歳の頃 わからない
- 月経 (生理) の状況は？ 最終月経は _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
 - 月経周期は？ 規則的 (_____ 日周期) 規則的ではない (_____)
- 現在の婚姻状況は？ 結婚している (_____ 年 _____ 月) 結婚していない 入籍予定 (_____ 月頃)
- 過去3か月以内にあてはまることはありますか？ なし
 - 発熱 発疹 首のリンパが腫れた 風疹患者と接触した 子どもと接触が多い環境・職場にいる
- 今回の妊娠は 自然妊娠 排卵誘発 人工授精 体外受精
- 妊娠は何回目ですか？ 今回が初めて *2回目以降の方は以下にご記入ください。

年 月	妊娠週数	妊娠の状況 <input type="checkbox"/> 流産 (自然・人工) <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	分娩の状況 正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開	お子さんの状況		施設名
				性別	体重	
	週					g
	週					g
	週					g
	週					g
	週					g

●その他医療者に対する希望がありましたらご記入下さい
(_____)
ご記入ありがとうございました

2. 基本情報

初診日 年 月 日

紹介： _____

*太枠の中をご記入ください。これをもとに赤ちゃんの出生証明書を作成するため、戸籍どおりの氏名をご記載をお願いします。

ご本人（妊婦）の情報						
ふりがな			生年月日	年 月 日		
氏名					歳	
住所	〒		職業			
			連絡先（電話：自宅・携帯）			
				(e-mail)		
)		
パートナーの情報						
ふりがな			年齢	職業・職場	血液型	
氏名			歳		(RH)	
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 持病がある <input type="checkbox"/> 病気治療中		連絡先（電話：			
)			
			(e-mail)			
)			
緊急時の連絡先	氏名：		(続柄：)	電話：		
既往歴・現病歴			家族構成（同居の家族）			
妊娠・分娩歴						
年	月	週数	分娩様式	性別・児体重	施設名	産前・産後の状況・栄養方法等
分娩予定日			年 月 日	最終月経開始日から・初期エコーから・その他		
<input type="checkbox"/> 連携医療機関への紹介 <input type="checkbox"/> 連携医療機関からの返信 <input type="checkbox"/> 分娩予約・同意書 <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度						
妊婦管理適用リスト						
<input type="checkbox"/> 助産師が管理できる対象者						
<input type="checkbox"/> 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者						
<input type="checkbox"/> 産婦人科医師が管理すべき対象者						
妊娠中の検査、他						
妊娠初期	月	日	<input type="checkbox"/> 血液型 <input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 耐糖機能検査（検査法：） <input type="checkbox"/> 不規則抗体			
	(週	日)	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ			
			<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> HTLV-1（中期以降でも可）			
妊娠中期	月	日	<input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 耐糖機能検査（検査法：）			
	(週	日)	<input type="checkbox"/> クラミジア			
			超音波検査： <input type="checkbox"/> 児体重 <input type="checkbox"/> 胎盤の位置 <input type="checkbox"/> 羊水量			
妊娠末期	月	日	<input type="checkbox"/> 血算 <input type="checkbox"/> 凝固能			
	(週	日)	<input type="checkbox"/> GBS：B型溶血性レンサ球菌			
			超音波検査： <input type="checkbox"/> 児体重 <input type="checkbox"/> 胎盤の位置 <input type="checkbox"/> 羊水量			

3-1. 妊婦健康診査

氏名		様	歳	妊	産	分娩予定日	年	月	日
身長	cm	非妊時BMI _____ 18.5未満 (やせ) 18.5以上25未満 (ふつう) 25.0以上 (肥満)							
非妊時体重	kg								
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/
妊娠週数	w d	w d	w d	w d	w d	w d	w d	w d	w d
体重 (変化)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
尿検査	尿糖	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++
	尿蛋白	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++
子宮底長	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
腹囲	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
浮腫	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++
視診・外診・胎児心拍聴取位置・エコー・CTG所見など									
生活状況およびアドバイス									
担当助産師									

3-2. 妊婦健康診査

<特記事項>				
月/日	/	/	/	/
妊娠週数	w d	w d	w d	w d
体重(変化)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)	. kg (. kg/週)
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
尿 検 査	尿糖	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++
	尿蛋白	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++
子宮底長	cm	cm	cm	cm
腹囲	cm	cm	cm	cm
浮腫	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++	- . + . ++
視診・外診・ 胎児心拍 聴取位置・ エコー・ CTG所見 など				
生活状況 および アドバイス				
担当助産師				

4. バースプラン

●書いた日 年 月 日 妊娠 週 日 ●予定日 年 月 日

●お名前

●妊娠してから今までを振り返って思っていること

●親になるための自分とパートナーの準備

自分の準備

パートナーの準備

●お産が始まったときの予定

入院手段 徒歩・自家用車・タクシー () ・その他 分娩施設までの所要時間

知らせる人/立ち会う人

持ち物

お産のときの過ごし方・お産に対する希望

宗教上で配慮して欲しいこと

●産後のイメージと希望

母と子の早期接触の話を聞いて思ったこと

赤ちゃんの栄養などについて話を聞いて思ったこと

●退院後の生活とサポーター

退院先 自宅 実家 パートナーの実家 産後ケアセンター

サポーター パートナー 実父母 義父母 姉妹 兄弟 友人 ヘルパー その他

●産後の復職・保育園など

自分 : 育休 無 ・ 有 ()

パートナー : 育休 無 ・ 有 ()

5. 入院時記録

様 年齢 妊 産

●留意点 GBS陽性 HBV陽性 HCV陽性 Hb _____ g/dL

●入院までの相談・アドバイス

月/日	時刻	相談・アドバイス内容	サイン


●入院時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

●来院時主訴 妊娠 _____ 週 _____ 日

●陣痛発来 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 陣痛周期 (_____)分 発作 (_____)秒

●腹部所見 子宮底 _____ cm

●内診所見

	因子 \ 点数	0	1	2	3
	頸管開大度	0	1~2	3~4	5~6
	展退 (%)	0~30	40~50	60~70	80~
	児頭位置	-3	-2	-1~0	+1~
	頸部の硬さ	硬	中	軟	
	子宮口位置	後	中	前	点
サイン					

●一般状態 体温 _____ °C 脈拍 _____ 回/分 血圧 _____ / _____ mmHg

●体重 _____ kg 非妊時からプラス _____ kg

●尿蛋白 - ・ +- ・ + ・ ++

●破水 なし あり 破水時刻 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
量 (多・中・少) 混濁 (なし あり) 性状 (_____)

●膺分泌物 なし あり (血性・褐色)

●出血 なし あり (多・中・少)

●CTG所見 (_____ : _____ ~ _____ : _____)

基線 (bpm)	正常 (_____)	110未満	160以上	
基線細変動	正常	減少	消失	増加
胎動時一過性頻脈	あり	なし		
一過性徐脈	なし	あり		
サイナソイダルパターン	なし	あり		サイン

●自由記載欄

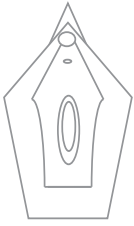
7. 分娩時記録

氏名 _____ 様 分娩時週数 _____ 週 日 _____ 妊 産 _____

【分娩時間】

陣痛発来	年 月 日 時 分	第Ⅰ期 時間 分
破水 (自然・人工)	年 月 日 時 分	
子宮口全開大	年 月 日 時 分	
排臨	年 月 日 時 分	第Ⅱ期 時間
発露	年 月 日 時 分	
児娩出	年 月 日 時 分 胎位胎向 ()	第Ⅲ期 時間 分
胎盤娩出	年 月 日 時 分	時間 分
分娩所要時間		時間 分
破水から娩出までの時間		時間 分
Ⅲ期までの出血量		ml

【外陰所見・処置】

会陰裂傷 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅱ・ <input type="checkbox"/> Ⅲ・ <input type="checkbox"/> Ⅳ) 会陰切開 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 裂傷縫合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 医師等署名 _____	特記事項	
---	------	--

羊水混濁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
臍帯巻絡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位： 回数：

【胎児付属物の所見】

胎盤重量	g
大きさ	x x cm
臍帯長	cm
臍帯血管	動脈 本・静脈 本
臍帯附着	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 辺縁 <input type="checkbox"/> 卵膜 <input type="checkbox"/> 側方
欠損	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (卵膜・実質)
その他	

【分娩後2時間までの母体の状況】

時刻	体温	脈拍	血圧	子宮収縮	出血量	積算	処置	サイン
			/		g	g		
			/		g	g		
			/		g	g		
			/		g	g		
			/		g	g		

分娩時総出血量 (Ⅳ期まで) _____ g

【分娩後の母体に対する薬剤の使用】 なし あり

【新生児計測・所見】 単胎・多胎 () 児

性別	男 ・ 女 ・ 不明		
出生体重	g	身長	cm
SFD ・ LFD ・ HFD			
頭囲	cm	胸囲	cm
外表異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
出生時排泄	<input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿		
その他の所見			

【アプガースコア】 臍帯動脈血液ガスpH ()

	0点	1点	2点	1分	5分	10分
心拍数	なし	100以下	100以上			
呼吸	なし	弱い泣き声	強く泣く			
筋緊張	だらんとしている	いくらか四肢を曲げる	四肢を活発に動かす			
反射	反応しない	顔をしかめる	泣く			
皮膚の色	全身蒼白または暗紫色	体幹ピンク・四肢チアノーゼ	全身ピンク			
アプガースコア						

【生後2時間までの新生児の状況】

時刻	体温	心拍数	呼吸数	SpO ₂	皮膚色	サイン

【新生児の蘇生処置】

なし あり (皮膚刺激 咽頭吸引)

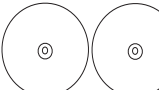

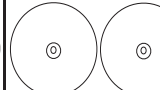
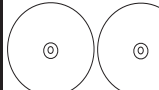
【血糖測定】 なし あり

(生後 分 mg/dL、生後 分 mg/dL)

【分娩立会い者】

医師	
直接介助者	
間接介助者	
分娩立会い者	<input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他

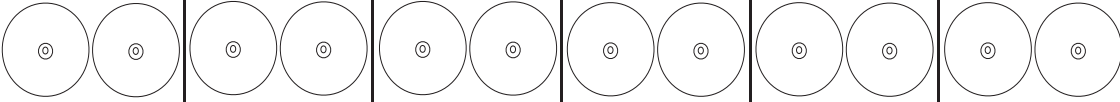
8-1. 産後記録

	月/日	/	/	/	/	/	/		
	産後日数	0 日	1 日	2 日	3 日	4 日	5 日		
母の状況	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C		
	脈拍数	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分		
	血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg		
	乳房の状態								
	子宮底高 創部 (帯切)								
	子宮収縮								
	悪露/色	多・中・少 /	多・中・少 /	多・中・少 /	多・中・少 /	多・中・少 /	多・中・少 /		
	外陰部の状態								
	排便・排尿	便 回・尿 回	便 回・尿 回	便 回・尿 回	便 回・尿 回	便 回・尿 回	便 回・尿 回		
	他の所見 アドバイス								
担当助産師									
児の状況	体温	°C	°C	°C	°C	°C	°C		
	心拍数	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分		
	呼吸数	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分		
	体重	g	g	g	g	g	g		
	前日比(g)/(%)	g (%)	g (%)	g (%)	g (%)	g (%)	g (%)		
	黄疸値								
	哺乳回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日		
	臍								
	便回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日		
	性状/色								
	尿回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日		
	記事								
	担当者								

ビタミンK₂シロップ
□24時間 :

先天代謝異常検査
(/)
ビタミンK₂シロップ
退院時 (/)

8-2. 産後記録

		月/日	/	/	/	/	/	/
		産後日数	6 日	7 日	8 日	9 日	10 日	11 日
母の状況	体温		°C	°C	°C	°C	°C	°C
	脈拍数		回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
	血圧		/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	乳房の状態							
	子宮底高 創部 (帯切)							
	子宮収縮							
	悪露/色	多・中・少 /						
	外陰部の状態							
	排便・排尿	便 回・尿 回						
	他の所見 アドバイス							
担当助産師								
児の状況	体温		°C	°C	°C	°C	°C	°C
	心拍数		回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
	呼吸数		回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
	体重		g	g	g	g	g	g
	前日比(g)/(%)		g (%)	g (%)	g (%)	g (%)	g (%)	g (%)
	黄疸値							
	哺乳回数		回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
	臍							
	便回数		回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
	性状/色							
	尿回数		回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
	記事							
担当者								

9. 退院後の記録(母)

●中間(2週間)健診

●1か月健診

診察日 年 月 日 (産後 日)

診察日 年 月 日 (産後 日)

体重	kg (- kg) 浮腫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
血圧 尿蛋白・糖	血圧 / mmHg 尿蛋白()・尿糖()
子宮 所見	子宮大きさ 恥骨上 横指
	硬度 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
	圧痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	悪露量 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い
	色 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 白色
外陰部 所見	会陰創 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	創部癒合 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 離開 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 発赤
	創部痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
乳房 所見	乳汁分泌 <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 少量
	トラブル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
育児・ メンタルの 状況	滞在先 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
	現在のサポート <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	●疲労 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> 少し疲れている <input type="checkbox"/> 1日中疲れている
	●睡眠 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> 少し寝不足 <input type="checkbox"/> ほとんど眠れない
	●食欲 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> やや食欲がない <input type="checkbox"/> 食欲がない
	●気分 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> 少し気分ふさぐ <input type="checkbox"/> 気分がふさぐ
	●イライラ感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
	●悲しくなったり惨めになる <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある

体重	kg (- kg) 浮腫 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
血圧 尿蛋白・糖	血圧 / mmHg 尿蛋白()・尿糖()
子宮 所見	子宮大きさ <input type="checkbox"/> 手拳大 <input type="checkbox"/> 鶏卵大
	硬度 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
	圧痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	悪露量 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 多い
	色 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 白色
外陰部 所見	会陰創 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	創部癒合 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 離開 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 発赤
	創部痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
乳房 所見	乳汁分泌 <input type="checkbox"/> 過多 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 少量
	トラブル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
育児・ メンタルの 状況	滞在先 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()
	現在のサポート <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	●疲労 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> 少し疲れている <input type="checkbox"/> 1日中疲れている
	●睡眠 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> 少し寝不足 <input type="checkbox"/> ほとんど眠れない
	●食欲 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> やや食欲がない <input type="checkbox"/> 食欲がない
	●気分 <input type="checkbox"/> 普段と同じ <input type="checkbox"/> 少し気分ふさぐ <input type="checkbox"/> 気分がふさぐ
	●イライラ感 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
	●悲しくなったり惨めになる <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある

●その他の所見

●その他の所見

●アドバイス

●アドバイス

●担当者名

●担当者名

10. 退院後の記録（児）

●2週間健診

●1か月健診

診察日 年 月 日 (日齢 日)

診察日 年 月 日 (日齢 日)

計測	体重	g	増加量	g/日
排泄	尿回数	回/日		
	便回数	回/日		
	便の色	便色カラーカード	番	
栄養	<input type="checkbox"/> 母乳	回/日		
	<input type="checkbox"/> 混合 母乳	回	mL/回	
	<input type="checkbox"/> 人工乳量	mL ×	回	
身体所見	皮膚色	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
	皮膚性状	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
	心音	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
	臍部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
発達	追視 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 音に反応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

計測	体重	g	増加量	g/日
	身長	cm	頭囲	cm
			胸囲	cm
排泄	尿回数	回/日		
	便回数	回/日		
	便の色	便色カラーカード	番	
栄養	<input type="checkbox"/> 母乳	回/日		
	<input type="checkbox"/> 混合 母乳	回	mL/回	
	<input type="checkbox"/> 人工乳量	mL ×	回	
	<input type="checkbox"/> ビタミンK ₂ シロップ			
身体所見	皮膚色	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
	皮膚性状	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
	筋性斜頸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	心音	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
	臍部	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 所見 ()		
	股関節開排制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
発達	追視 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 音に反応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

●その他の所見

●その他の所見

●アドバイス

●アドバイス

●担当者名

●担当者名
