

Frågeformulär för journalskrivning

Vi är tacksamma om du vill fylla i följande frågor och ta med formuläret när du kommer till nästa besök. Det underlättar journalskrivningen för oss. Vi kommer att gå igenom det du fyllt i tillsammans och då kan du även ta upp sådant som du vill tillägga. Ta med ID-handling.

Personuppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____ ID:kort _____

Adress: _____

Tel hem: _____

Tel arb: _____

Tel mobil: _____

Yrke/Studerar: _____

Sysselsättningsgrad: _____

Arbetsplats: _____

Namn på make/ sambo/ annan närmast anhörig: _____

Relation: _____

Tel arb: _____

Tel mobil: _____

Make/Sambos yrke: _____

Arbetsplats: _____

Allmänt

Födelseland: _____

Hemspråk: _____

Senaste menstruationens första dag: _____

Hur långt intervall mellan menstruationerna: _____

Graviditetstest positiv datum: _____

Aktuell vikt: _____

Längd: _____

Social situation

Sammanbor med barnafadern: _____

Annan situation: _____

Kost: _____

Tidigare graviditeter och förlossningar

Försökt bli gravid i antal år: _____

Fått hjälp att bli gravid: _____

Om ja, metod: _____

Missfall:

År och månad:	Graviditetsvecka:	Sjukhus:	Åtgärd:

Aborter

År och månad:	Graviditetsvecka:	Sjukhus:	Åtgärd:

Förlossningar

År och månad:	Graviditetsvecka:	Kön:	Vikt:	Sjukhus:	Barnet mår i dag:

Sjukdomar

Sätt kryss vid de sjukdomar du har eller har haft:

Hjärt-kärlsjukdom	Blodpropp	
Psykisk ohälsa	Gulsot	
Gynekologisk sjukdom	Ämnesomsättningssjukdom	
Urinvägsinfektion	Lungsjukdom eller astma	
Njursjukdom	Inflammatorisk tarmsjukdom	
Diabetes	Ledsjukdom	
Epilepsi	Högt blodtryck	

Kommentarer: _____

Allergi: _____

Har du tagit gynekologiskt cellprov någon gång, i så fall när tog du senaste provet? _____

Har du tagit några mediciner eller hälsokostpreparat sedan du blev gravid, i så fall vilket/ vilka? _____

Tar du några mediciner nu? _____

Har du blivit röntgad eller vaccinerad sedan du blev gravid? _____

Om ja, när? _____

Har du blivit opererad eller varit inlagd på sjukhus någon gång? _____

Har du fått blodtransfusion någon gång? _____

Har du varit på sjukhus utomlands någon gång under de senaste 10 åren? _____

Sjukdomar i familjen

Har dina föräldrar eller syskon haft:

Högt blodtryck	Blodpropp eller blödningsrubbing	
Diabetes	Ämnesomsättningssjukdom, inklusive sköldkörtelrubbing	
Annan allvarlig sjukdom		