

# 産科問診票

記載日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
記入者：\_\_\_\_\_ 関係：\_\_\_\_\_

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

同意します 同意しません

フリガナ：\_\_\_\_\_

お名前：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_\_\_\_ 国籍：\_\_\_\_\_

[紹介状] なし あり(紹介元：\_\_\_\_\_)

身長：\_\_\_\_\_cm 体重(妊娠前)：\_\_\_\_\_Kg ご主人/パートナーの年齢：\_\_\_\_\_歳

[今回の妊娠について]

出産予定日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

出産を予定している病院： 当院 / 里帰りを考えている(里帰り先：\_\_\_\_\_)

最後の月経が始まった日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(月経周期 \_\_\_\_\_日型、 順 不順)

不妊治療： なし あり(治療内容、期間：\_\_\_\_\_)

[結婚歴] 結婚(\_\_\_\_\_歳) 入籍予定 離婚したことがある

[妊娠分娩歴] 今までに妊娠したことはありますか なし あり

すべての妊娠の回数\_\_\_\_\_回

そのうち、 出産\_\_\_\_\_回 自然流産\_\_\_\_\_回 人工中絶\_\_\_\_\_回

そのほかの異常妊娠(例：胎状奇胎、子宮外妊娠、\_\_\_\_\_)

出産したときのあなたの①年齢、②お子さんの性別、③出産時の週数、④お子さんの出生体重、⑤分娩方法、⑥妊娠期間中の病気(A 切迫早産、B 妊娠糖尿病、C 妊娠高血圧症候群など)についてお書きください。

出産年齢	児の性別	週数	出生体重	分娩方法	妊娠期間中の病気(ありの場合は○)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (A・B・C)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (A・B・C)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (A・B・C)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (A・B・C)

[既往歴] 今までに病院にかかったことについてお書きください

(例：15歳 不安症、20歳 盲腸、30歳 交通事故など)

かかった事のある病気 なし あり(\_\_\_\_\_)

入院したこと なし あり(\_\_\_\_\_)

手術したこと なし あり(\_\_\_\_\_)

輸血したこと なし あり(\_\_\_\_\_)

気持ちが落ち込み、不安が強く病院受診したこと なし あり(\_\_\_\_\_)

[内服] 定期的に使っている薬 なし あり(例：ロキソニン、\_\_\_\_\_)

[家族歴] 血のつながっている方に高血圧、糖尿病、癌のかた なし あり(\_\_\_\_\_)

[アレルギー]

食べ物 なし あり(例：ソバ、乳製品など、\_\_\_\_\_)

薬 なし あり(例：ロキソニン、抗菌薬、\_\_\_\_\_)

喘息 なし あり(最終発作\_\_\_\_\_歳、現在使用している薬：\_\_\_\_\_)

その他 なし あり(例：金属、ラテックス、アルコール、\_\_\_\_\_)

[生活歴]

飲酒 なし あり →ありの方は飲酒量 (.....)

ご本人の喫煙 なし あり →ありの方は喫煙量 (.....)

ご主人/パートナーの喫煙 なし あり →ありの方は喫煙量 (.....)

ご職業 (.....)

宗教 なし あり (.....)

最後に今回の妊娠について、該当するところに☑をしてください

- ・ 出生前診断について考えている いいえ はい
- ・ 経済的な不安がある、または経済的に相談したいことがある いいえ はい
- ・ 妊娠してから、気分が落ち込んだり、不安が強くなることもある いいえ はい

※ 記入後はお薬手帳と一緒に受け付けにお渡しください。

※ ご不明な点は受付にお問い合わせください。