

診察券番号： \_\_\_\_\_

# 産科 問診票

令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_

配偶者またはパートナー氏名： \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

携帯： \_\_\_\_\_ 生年月日： 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_

実家住所（帰産予定の方） \_\_\_\_\_ 実家電話： \_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_

名字： \_\_\_\_\_

血液型 本人： \_\_\_\_\_ 型 父： \_\_\_\_\_ 型 母： \_\_\_\_\_ 型

## 1. 妊娠の診断、検査薬についてお聞きします

- ご自身で市販の検査薬で調べた方 判定日 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )  陽性  陰性
- 他院からの紹介の方 紹介状 (  有  無 ) 出産予定日 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )
- 判定日 不妊治療  無  有 ( 病院名： \_\_\_\_\_ )
- 人工授精  体外受精  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. 分娩を希望しますか (複数回答可) ※当院では無痛分娩も行っております

- 当院での分娩を希望 (無痛含む)  他院での分娩を希望 (  里帰り  近隣  他院 )
- 分娩場所未定  中絶を希望  中絶悩み中

## 3. 妊娠反応陽性後から気になる症状はありますか

- 出血  下腹痛  つわり  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 月経についてお聞きします

- 最終月経開始は ( \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から \_\_\_\_ 日間 )  いつもと同じ  いつもと違う
- 月経周期は  規則的 (  24 日・ 26 日・ 28 日・ 30 日・ 32 日・ その他 ( \_\_\_\_ ) )
- 不規則 ( 最も短かった時 \_\_\_\_ 日・最も長かった時 \_\_\_\_ 日 )

## 5. 結婚されていますか

- はい ( 結婚時 \_\_\_\_ 歳 )  初婚  再婚
- いいえ (  入籍予定有り  入籍予定無し ) ( パートナーの年齢 \_\_\_\_ 歳、職業： \_\_\_\_\_ )

## 6. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします

- 過去に妊娠したことがある ( 下記の表をご記入ください )  過去に妊娠したことが無い

妊 娠 歴	妊娠経過					お産								お子様				
	流産	胎状奇胎	子宮外妊娠	人工中絶	正常	年 ( 週 日 )	分娩所要時間	病院名	出血量	経膈分娩	吸引鉗子分娩	帝王切開	切迫治療	無痛分娩	女・男	出産体重	順調	医療あり
1						年 ( 週 日 )	h		ml							g		
2						年 ( 週 日 )	h		ml							g		
3						年 ( 週 日 )	h		ml							g		
4						年 ( 週 日 )	h		ml							g		

## 7. 病気や手術歴についてお聞きします

- 今までにかかったことのある病気や、現在治療中の病気はありますか
- はい  いいえ
- 子宮筋腫  卵巣腫瘍  子宮内膜症  子宮奇形  喘息 ( 最終発作 \_\_\_\_ 歳 )
- 高血圧  糖尿病  甲状腺疾患  てんかん  血栓症
- 悪性腫瘍 ( \_\_\_\_ 癌 )  その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 手術の経験はありますか  はい ( 手術名： \_\_\_\_\_ )  いいえ

## 8. 現在服用しているお薬はありますか はい ( 薬品名： \_\_\_\_\_ ) いいえ

## 9. 今までカウンセラーや心療内科、精神科などに自分の事を相談したことがありますか はい いいえ

- 病名は何ですか ( 病名： \_\_\_\_\_ )
- その時に内服薬を服用していましたか
- はい ( 薬品名： \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月まで )  いいえ
- 内服中止は医師の指示ですか、ご自身の判断ですか  医師の指示  自己判断

## 10. 血縁のご家族に下記に該当する方はいますか

- はい  いいえ
- 高血圧 ( 続柄： \_\_\_\_\_ )  糖尿病 ( 続柄： \_\_\_\_\_ )  がん ( 続柄： \_\_\_\_\_ )
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 11. アレルギー、喫煙についてお聞きします

- 薬のアレルギーはありますか  はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ
- 食物アレルギーはありますか  はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ
- その他 ( ゴム等 ) のアレルギーはありますか  はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ
- 喫煙していますか  はい (  現在 1 日 \_\_\_\_ 本  以前吸っていた \_\_\_\_ 歳  妊娠後やめた )  いいえ