

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： _____

住所 〒 ____ - ____ 電話： _____

配偶者またはパートナー氏名： _____

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： _____

名字： _____

身長： ____ . ____ 体重： ____ . ____ 職業： _____

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)

- 当院での分娩を希望 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 月 (週)	分娩所要時間	病院名	出血量	経腔分娩	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 月 (週)	h		ml							g		
2						年 月 (週)	h		ml							g		
3						年 月 (週)	h		ml							g		
4						年 月 (週)	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
 - 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
 - いいえ 悪性腫瘍 (____ 癌) その他 (_____)
 - いいえ
- 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