

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 (____日・____日・____日・____日・____日・____日) 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	経膣分娩	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)
- いいえ 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 (_____)
- 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 高血圧 (続柄： _____) 糖尿病 (続柄： _____) がん (続柄： _____)
- いいえ 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