

産科問診票

フリガナ				生年月日		
氏名				西暦	年(S・H 年)	月 日 (歳)
住所	〒 -			身長	体重(非妊時)	BMI
				cm	kg	
電話番号	自宅			国籍		
	携帯			職業		
結婚	既婚 ・ 未婚 ・ 結婚予定			紹介者		
夫・パートナー	フリガナ			国籍		
	氏名	(歳)		職業		
	電話番号			その他		

(1) 本日まで来院された理由をお聞かせください。

・妊娠の確認 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 [市販薬で陽性(月 日) ・ 病院で確認済み ・ 検査未実施] <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">病院名: _____</div>	<input type="checkbox"/> 不妊治療 [分娩予定日: 年 月 日 : 妊娠初期採血 済 ・ 未] <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">病院名: _____</div>
・最終月経 (年 月 日 ~ 日間)	・月経周期 (日 ~ 日 ・ 不規則)

- ・性交渉(セックス)の経験はございますか? (はい ・ いいえ)
- ・内診の経験はありますか? (はい ・ いいえ)

(2) 今回の妊娠・分娩について

- ・出産場所 (当院 ・ 他院 ・ 帰省 ・ 未定) ・妊婦健診の場所 (当院 ・ 他院)
- ・出産の方法 (自然 ・ 無痛 ・ 和痛 ・ 検討中) ・帝王切開(前回帝王切開 ・ 筋腫術後)

(3) *過去の妊娠・分娩歴* 初めての妊娠

分娩(回) 11週までの流産(回) 人工中絶(回) 子宮外妊娠(回)

(12週以降の分娩・死産・流産・人工中絶についてご記入ください。)

(G P)

分娩年月(西暦)	週数	性別	出生体重	分娩様式	その他	病院名(都道府県)
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		
年 月		男・女	g	正常・吸引・鉗子・帝王切開		

(4) ・子宮がん検診を受けたことがありますか? (はい ・ いいえ) (頸がん : 体がん)

・今までにかかった からだの病気や心の病気はありますか?

<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患
<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 精神疾患
<input type="checkbox"/> Rh陰性 <input type="checkbox"/> 輸血歴(あり・なし) <input type="checkbox"/> その他

診断名:

病院名:

治療内容:

現在内服中のお薬 (なし ・ あり)

薬剤名:

家族の病歴:

(5) ・アレルギーについて <アナフィラキシーショックを起こしたことがある(はい ・ いいえ)>

食物	あり・なし	食物:
薬剤	あり・なし	薬品:
その他	あり・なし	内容: