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：＿＿＿＿＿＿＿＿
国　籍：＿＿＿＿＿＿＿＿(日本以外の方は来日　　年)
宗教　　□なし □あり　　(＿＿＿＿＿＿＿＿)

[紹介状]　□なし　□あり（紹介元：＿＿＿＿＿＿＿＿）
身長＿＿＿＿cm　体重(妊娠前)：＿＿＿＿Kg　本日の体重：＿＿＿＿kg
体温＿＿.＿℃　血圧＿＿＿/＿＿＿mmHg　脈拍＿＿＿回/分

[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
初経＿＿＿歳（月経周期＿＿＿日型、□ 順　□不順）
不妊治療：□なし　□あり
不妊治療「あり」場合、行った方法は次のどれですか？（複数回答有）
□タイミング法 □人工授精 □体外受精 □顕微授精 □凍結胚移植
□非配偶者間体外受精　□着床前診断
□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿）　治療期間：＿＿＿＿＿＿＿＿

[生活歴] 職業　　(＿＿＿＿＿＿＿＿)

喫煙	妊娠前	□なし □あり→ありの方は喫煙量	(＿＿＿＿＿＿＿＿)
	妊娠後	□なし □あり→ありの方は喫煙量	(＿＿＿＿＿＿＿＿)
飲酒	妊娠前	□なし □あり→ありの方は飲酒量	(＿＿＿＿＿＿＿＿)
	妊娠後	□なし □あり→ありの方は飲酒量	(＿＿＿＿＿＿＿＿)

[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	(＿歳＿＿＿＿＿＿＿＿)
入院したこと	□なし □あり	(＿歳＿＿＿＿＿＿＿＿)
手術したこと	□なし □あり	(＿歳＿＿＿＿＿＿＿＿)
輸血したこと	□なし □あり	(＿歳＿＿＿＿＿＿＿＿)
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	(＿歳＿＿＿＿＿＿＿＿)

[内　服]
定期的に使っている薬　　□なし □あり　(例:ロキソニン、＿＿＿＿＿＿＿＿)
主たる、かかりつけ調剤薬局を教えてください　(＿＿＿＿＿＿＿＿☎＿＿＿＿＿＿＿＿)

[結婚歴] □結婚（____）歳 □離婚（____）歳 □再婚（____）歳
□入籍予定 □入籍予定なし

[パートナーの情報] 年齢：_____歳 国籍：_____職業_____

喫煙 □なし □あり→ありの方は喫煙量 （ _____ ）
飲酒 □なし □あり→ありの方は飲酒量 （ _____ ）

[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(今回の妊娠を含めて) _____回

そのうち、□出産____回 □22週以降の死産____回 □自然流産____回 □人工中絶 ____回

そのほかの異常妊娠（例：胞状奇胎、子宮妊娠、_____）

出産したときのあなたの年齢、お子さんの性別、出産時の週数、お子さんの出生体重、分娩方法、所要時間、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。

妊娠時年齢	妊娠週数	分娩方法	分娩所要時間	妊娠期間中の病気（ありの場合は○）	出産時体重	児の性別	現在の子の状態
歳	週	□経膣 □吸引 □鉗子 □帝王切開 □流産手術	時間	□なし □あり （A・B・C）	g	男・女	
歳	週	□経膣 □吸引 □鉗子 □帝王切開 □流産手術	時間	□なし □あり （A・B・C）	g	男・女	
歳	週	□経膣 □吸引 □鉗子 □帝王切開 □流産手術	時間	□なし □あり （A・B・C）	g	男・女	
歳	週	□経膣 □吸引 □鉗子 □帝王切開 □流産手術	時間	□なし □あり （A・B・C）	g	男・女	

[家族歴] (例：実母、父方祖父など)

血のつながっている方に糖尿病 □なし □あり （ 関係_____ ）
高血圧 □なし □あり （ 関係_____ ）
癌疾患 □なし □あり （ 関係_____ ）

[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:_____ ）
その他 □なし □あり （ 最終発作____歳、現在使用している:_____ ）

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 □受検済
遺伝カウンセリングをご希望されますか？（別途5000円/30分かかります） □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がある □いいえ □はい
無痛分娩をご希望されますか？（初産でご希望される場合は医師へご相談ください） □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せください。

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。