

産科問診票

ふりがな お名前 生年月日：西暦 年 月 日 ご職業	年齢： 歳 身長： cm 分娩予定日：西暦 年 月 日	妊娠前の体重： kg 現在の体重： kg (※わかる方のみ)
--	--	--

▼最終月経開始日はいつですか？

() 月 () 日に開始 () 日周期 ⇒ 順調 不順

▼今回の妊娠成立についてお聞きします。

自然妊娠 不妊治療後妊娠 ()

▼今までに指摘されたことのある婦人科疾患についてお聞きします。

該当なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣嚢腫
 その他 (病名：)

▼子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか？

なし あり ⇒ () 年 () 月

▼今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。

下記該当項目なし

脳・精神・ 神経感覚系	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> もやもや病 <input type="checkbox"/> そう <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()
呼吸器系	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 喘息 (種類： 最終発作： 使用薬剤：)
消化器系	<input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
心臓血管系	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 (種類：) <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 ()
泌尿器系	<input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> その他 ()
筋骨格系	<input type="checkbox"/> 先天性股関節脱臼 <input type="checkbox"/> 骨盤骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()
血液系	<input type="checkbox"/> 血小板減少症 <input type="checkbox"/> 血液凝固異常 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> その他 ()
内分泌・代謝系	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
自己免疫系	<input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> シェーングレン症候群 <input type="checkbox"/> その他 ()

▼当院では初診で受診される方は原則として全員に子宮頸癌検診を行なっています。

1年以内に健診を済ませましたか？

いいえ はい () 年 () 月 ⇒ 結果： 正常 異常

▼両親、兄弟姉妹に以下の病気を持った方がいらっしゃいますか？ 該当なし

高血圧 (続柄：) 糖尿病 (続柄：) 不整脈 (続柄：) 脳卒中 (続柄：)
 血栓症 (続柄：) 突然死 (続柄：) 遺伝性疾患 (病名：)

▼血液型の検査をしたことがありますか？

いいえ はい → RH マイナスと診断されたことがありますか？ いいえ はい

(当院で血液型を検査されていない方においては、安全のために当院での採血をさせていただきます)

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

いいえ はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 わからない

▼現在、結婚していますか？

結婚している ⇒ 初婚 () 歳 再婚 () 歳
 結婚していない ⇒ 結婚予定： なし あり 離婚経験： なし あり

▼緊急連絡先を優先順位でご記入ください。

①氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____
②氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____
③氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____

お名前： _____ 様 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

▼過去の妊娠や分娩についてお聞きします。

- 今回が初めての妊娠
 過去に妊娠したことがある（当てはまる場合、すべてにチェック）
⇒ 人工妊娠中絶（ ）回 自然流産（ ）回 子宮外妊娠（ ）回
 早産（ ）回 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病 常位胎盤早期剥離 ヘルプ症候群 分娩時大量出血 その他（ ）

▼過去に分娩した児についてお聞きします。

1 人 目	年 月 妊娠 週	場所:当院・他院	分娩方法:経膈分娩(吸引・鉗子)・帝王切開		
	体重 g 性別:男・女	妊娠経過:正常・その他	産褥経過:正常・その他	母乳・混合・人工	

2 人 目	年 月 妊娠 週	場所:当院・他院	分娩方法:経膈分娩(吸引・鉗子)・帝王切開		
	体重 g 性別:男・女	妊娠経過:正常・その他	産褥経過:正常・その他	母乳・混合・人工	

3 人 目	年 月 妊娠 週	場所:当院・他院	分娩方法:経膈分娩(吸引・鉗子)・帝王切開		
	体重 g 性別:男・女	妊娠経過:正常・その他	産褥経過:正常・その他	母乳・混合・人工	

- 肩甲難産 死産 新生児死亡 B群溶連菌(GBS)感染症 新生児仮死

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり
② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
 なし あり ⇒ 抗生物質(薬品名: _____) 造影剤 麻酔薬
 その他(_____)
③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬:ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？
 いいえ はい ⇒ 薬品名(_____)
* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼アレルギーについてお聞きします。

- ① 食物でアレルギーはありますか？
 なし あり ⇒ どんな食物ですか？ (_____)
② その他、アレルギーはありますか？
 なし 花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他(_____)

▼嗜好品についてお聞きします。

- ① お酒は飲みますか？
 飲まない 時々飲む ⇒ (_____)を(_____)杯/合/ml 週(_____)日
 毎日飲む ⇒ (_____)を(_____)杯/合/ml
② タバコは吸いますか？
 吸わない 吸う ⇒ 1日に(_____)本(_____)歳～
 今は吸わない ⇒ (_____)～(_____)歳まで 1日に(_____)本(_____)年間
③ 配偶者/パートナーについてお伺いします。
・お酒をのみますか？ なし あり ・タバコを吸いますか？ なし あり

・配偶者の身長 _____ cm

▼信仰している宗教はありますか？

なし あり⇒(_____ 教)

「あり」を選択された方にお聞きします。入院生活の中で何かご希望される事がありますか？

なし あり⇒具体的内容(_____)

▼過去3ヶ月以内に以下のことがありましたか？

- 該当なし 発熱 発疹 頸部リンパ節の腫れ
風疹患者との接触 児童との接触が多い職場での就労

▼せきは出ていますか？

- なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ いいえ はい
 ② 2週間以上、せきが続いていますか？ いいえ はい

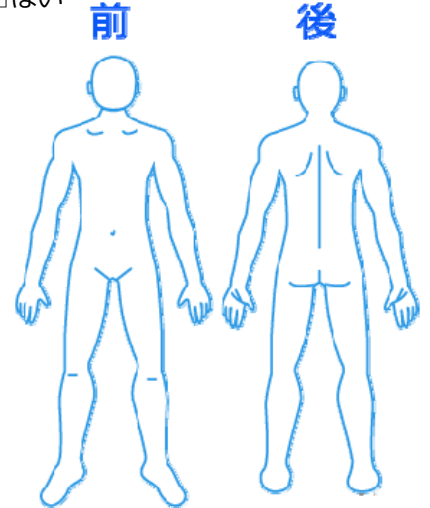
▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

- なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① 痛い場所はどこですか？
右図の該当する部位に○をつけてください。
 ② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？
該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

- 食事量の変化なし 食事量がおよそ2/3に減った 食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

- 体重の減少に変化なし 1 kg～3 kgの体重の減少あり 3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

- なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① いつ頃ですか？ (_____)ヶ月前
 ② どのように転びましたか？
ふらついた つまずいた 足がもつれた
その他 (_____)

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

- 本人 家族：お名前 (_____) (続柄 _____)
その他 (_____)

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

- はい 悪い結果なら知りたくない その他

*当センターでは、妊娠・出産に影響を及ぼす母体および胎児の異常については、原則的にご本人にお話しをさせていただいています。

医師サイン： _____