

ID : \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 産科 問診票（患者プロファイル）

1 : 今までにかかったことのある病気・治療を受けた病気について記入してください。

病名	発症した年齢	現在の状況
		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中

以下2~6まで「有」の場合はその詳細を記入してください。

2 : 今までに手術を受けたことがありますか? 無 有

手術名	手術時の年齢

3 : 輸血を受けたことがありますか? 無 有 (いつ: )

4 : お薬に対するアレルギーはありますか? 無 有

お薬の名前	出現した症状

5 : 食べ物に対するアレルギーはありますか? 無 有

食物の名前	出現した症状

6 : その他のアレルギーはありますか? 無 有

花粉症やゴム製品・金属アレルギー・造影剤アレルギーなどありましたら、下線の上にご記入お願いします。

7 : 身体の中に金属やペースメーカーが入っていますか? 無 有

入っているもの	入れた年齢

《裏面もご記入ください。》

8 : すでにかかった病気にチェックをつけてください (□内にレを)

麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 済 (かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
風疹 (三日はしか)	<input type="checkbox"/> 済 (かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 済 (かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
リンゴ病	<input type="checkbox"/> 済 (かかった)	<input type="checkbox"/> 不明
トキソプラズマ	<input type="checkbox"/> 済 (かかった)	<input type="checkbox"/> 不明

9 : ご家族の構成とご家族の病気についてお答えください。

続柄	*生年月日 (年齢)	生・死	同居	かかった病気や治療中の病気
本人	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
夫	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
子供	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
子供	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
子供	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
本人の父	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
本人の母	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
本人の同胞	人	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
夫の父	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
夫の母	・ ・ ( )	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
夫の同胞	人	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

\*上の表に記入いただいた方で当院を受診された方はいますか? 無 有

10 : 連絡先

① 本人の連絡先番号 :

連絡場所 :

病院までの交通手段 (電車・自家用車・徒歩) 所要時間 ( ) 分

② 本人以外の緊急連絡先(夫または実家など)

夫の連絡先番号 :

連絡場所 :

病院までの交通手段 (電車・自家用車・徒歩) 所要時間 ( ) 分

実家の連絡先番号 : ( ) 様方

連絡場所 :

病院までの交通手段 (電車・自家用車・徒歩) 所要時間 ( ) 分

そのほかの緊急連絡先 : 続柄 ( )

連絡先番号 :

連絡場所 :

病院までの交通手段 (電車・自家用車・徒歩) 所要時間 ( )