

産科 問診票 (患者プロフィール)

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: 今までに手術をう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（ ）