

## 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。

精神科または心療内科に受診、もしくはカウンセリングを受けたことがある場合も記入してください。

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
		<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

「有」の方は別紙「食物アレルギーチェック票」をご記入ください。

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

8: 体にタトゥーや入れ墨が入っていますか? 無 有 (部位: \_\_\_\_\_)

《 裏面もご記入ください。 》

9：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

10：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

11：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（ ）