

産科問診票

西暦 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 ID: _____

下記について記入または該当するところに丸をつけて下さい。

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (同意する・同意しない・所持していない)

1. 月経について

初経 (才) 月経周期 (~ 日) 順・不順 月経の量 (少・中・多)
月経痛 無・有 (内服薬:)

2. 不妊治療について

過去 (今回の妊娠以前) に不妊治療を受けたことがありますか？ (無・有)

今回の妊娠で不妊治療を受けましたか？ (無・有)

不妊治療名 (タイミング療法・人工授精・体外受精) 不妊治療施設名 ()

3. 妊娠分娩歴

	年月日/出産年齢	在胎週数	体重・性別	健・否	分娩様式
1	西暦 年 月 日 歳	週 日	g 男・女	健・否 死産・流産・人工妊娠中絶	経膈分娩・帝王切開
2	西暦 年 月 日 歳	週 日	g 男・女	健・否 死産・流産・人工妊娠中絶	経膈分娩・帝王切開
3	西暦 年 月 日 歳	週 日	g 男・女	健・否 死産・流産・人工妊娠中絶	経膈分娩・帝王切開
4	西暦 年 月 日 歳	週 日	g 男・女	健・否 死産・流産・人工妊娠中絶	経膈分娩・帝王切開

4. 今回の妊娠について

最終月経 西暦 年 月 日より 日間

分娩予定日 西暦 年 月 日

紹介元の医師から当院受診にあたって、どのような説明を受けていますか？

上記についてインターネットや本などで得た情報があれば、ご記入下さい。

紹介元の医師から説明を受けてご夫婦で話し合われたことがあれば、ご記入下さい。

5. 心配な事、不安な事、希望・要望があればご自由にお書き下さい

6. ご自身について

身長 (cm) 妊娠前の体重 (kg) 血液型 (型 Rh)

結婚について: 入籍 済 (西暦 年 月) ・未・予定 (年 月)

職業: 有 (職種:) ・無

宗教: 宗教上診療に対する制約はありますか? 無・有 ()

嗜好品：飲酒歴 無・有（ 妊娠以前にやめた・妊娠がわかってやめた ）

喫煙歴 無・有（ 妊娠以前にやめた・妊娠がわかってやめた ）

（ 喫煙本数 本／日・喫煙歴 年 ）

服用中の薬： 無・有（ 内服薬： ）

7. 夫・パートナーについて

宗教：宗教上診療に対する制約はありますか？ 無・有（ ）

嗜好品：喫煙 無・有（ 喫煙本数 本／日 喫煙歴 年 ）

8. 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
		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中
		<input type="checkbox"/> 治った <input type="checkbox"/> 治療中

※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。

以下9～15まで「有」の場合はその詳細を記入してください。

9. 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

10. 喘息と診断を受けたことがありますか？ 無 ・ 有（発症した年齢： 歳・最終発作 歳）

11. 輸血を受けたことがありますか？ 無 ・ 有（いつ： ）

12. 薬に対するアレルギーはありますか？ 無 ・ 有

薬の名前	出現した症状

13. 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

14. 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、ご記入お願いします。

15. 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

16. 体にタトゥー・入れ墨・アートメイクが入っていますか？ 無 ・ 有（ 部位： ）

17. 両親や親族に治療中のご病気や、過去にかかったことのあるご病気はありますか？

高血圧（続柄： ） 糖尿病（続柄： ）

その他（ ）