

産科問診票

令和 年 月 日

ふりがな			
氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
住所	〒		
自宅TEL	携帯TEL		
職業	紹介者		
出産前後の連絡先	〒 (様方) TEL		

本日の受診の理由の番号または () に○をつけてください

- | | |
|--|---|
| 1. 妊娠の確認
() 市販の妊娠診断薬で陽性だった。
↳ () 出産を希望する (当院で ・ 他院で ・ 未定)
↳ () 出産を望まない | 4. 出血
5. おりものが気になる (かゆみ ・ 痛み)
6. 排尿時の (痛み ・ 頻尿 ・ 残尿感)
7. その他 (具体的に記入してください)
() |
| 2. 里帰り出産のため当院で分娩希望 | |
| 3. 腹痛・腰痛 | |

次の質問にお答えください

- 身長 (_____ cm) 妊娠前の体重 (_____ kg)
- 初潮 (_____ 歳) 既婚 (結婚年齢 _____ 歳) ・ 未婚
- 月経周期 (月経が始まった日から次の月経開始までの期間) 順 (_____ 日型) ・ 不順
- 最終月経 (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間)

妊娠に関する質問

◇今回初めての妊娠ですか (はい ・ いいえ)

◆ “いいえ” の方 (正期産 _____ 回、 早産 _____ 回、 流産 _____ 回、 中絶 _____ 回、 子宮外妊娠 _____ 回)

◆ 分娩既往歴をご記入下さい

分娩年月	分娩週数	体重 (g)	分娩方法	妊娠、分娩中や子供の異常について	分娩施設名
____年 ____月	____週	____g	帝王切開・経膈分娩	(_____)	_____
____年 ____月	____週	____g	帝王切開・経膈分娩	(_____)	_____
____年 ____月	____週	____g	帝王切開・経膈分娩	(_____)	_____

その他

- ◇喘息 (小児喘息も含む) (なし ・ あり : 最終発作 _____)
- ◇血のつながる家族の病気 (なし ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝炎 ・ 他 _____ : 続柄 _____)
- ◇遺伝性疾患 (なし ・ あり 病名 : _____)
- ◇薬・注射での異常 (なし ・ あり 薬品名 : _____)
- ◇アレルギー (なし ・ あり 品名 : _____)
- ◇これまでのご自分の病気をお教えてください。当てはまるものに○をつけてください。
(なし ・ あり → 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ こころの病気 ・ 子宮筋腫 ・ 他 _____)
- 現在内服中の薬がある方は薬名をお書きください。(_____)
- ◇今までに手術を受けたことがありますか (なし ・ あり 手術名 : _____)
- ◇宗教などに関連した医療介入の制限はありますか。(なし ・ あり _____)
- ◇緊急の場合に輸血を行う必要があった場合、輸血の同意。(同意する ・ 同意しない)
- ◇妊娠・出産・育児などで困ったことが起きた時に貴方のことを行政の支援機関にお知らせしていいですか。
(はい ・ いいえ)