

産科問診票

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)
() 出産は望まない | 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)

◆ 分娩既往歴をご記入下さい

分娩年月	分娩周数	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		(_____)	_____
年 月	週	g		(_____)	_____
年 月	週	g		(_____)	_____

その他

◇喘息 (小児喘息も含む) (なし ・ あり)

◇家族歴 (血縁関係の方のみ)

■ 糖尿病	(なし ・ あり)	続柄	()
■ 高血圧	(なし ・ あり)	続柄	()
■ 肝炎	(なし ・ あり)	続柄	()
■ その他	(_____)		()

◇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: _____)

◇これまでに入院、長期通院治療を必要とする病気にかかったことがありますか
(なし ・ あり 病名: _____)

◇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: _____)

◇現在治療中の病気はありますか
(なし ・ あり 病名: _____)