

## 産科問診表 (わかる範囲でお答えください)

来院日西暦

年

月

日

AM・PM

ふりがな			西暦	年			歳
氏名	生年月日		月		日		
			S. H.	年			
住所	〒		自宅電話				
			携帯電話				
実家住所	〒		名前				
			電話				
身長	cm	体重(非妊時)	kg	血液型(Rh)	( )	職業	
国籍			<input type="checkbox"/> 既婚( 歳の時)	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 入籍予定		

(該当するものに①を入れてください)

## 1. 今回の妊娠についてお聞きします。

- ・市販検査薬での確認 未 済(検査日 / ) 結果(陽性・陰性)
- ・妊娠方法 自然妊娠 不妊治療後の妊娠( )
- ・出産希望 有 無 考え中
- ・当院での出産希望 有 無 考え中 妊婦健診のみ
- ・里帰り分娩予約(出産予定日 年 月 日)・本日の健診希望 有 無

## 2. 気になる症状はありますか。

出血 下腹部痛 つわり その他( )

## 3. 月経についてお聞きします。

- ・はじめての月経( 歳) 何日ぐらい続きますか。( 日間)
- ・月経の周期 不規則 規則的( 日おき)
- ・月経痛 無 軽度 中等度 高度 その他( )
- ・月経量 少量 普通 多量 その他( )
- ・一番最近の月経( 年 月 日 ~ 日間)

## 4. 今までの妊娠や出産についてお聞きします。

- ・過去に妊娠したことがありますか。 有 無

## 5. 問い4で有と回答した人

妊娠( 回) 分娩( 回) 自然流産( 回) 人工流産( 回) 子宮外妊娠( 回) 死産( 回)

西暦 年月日	週数・体重	性別	健・否	出産方法	栄養	出産施設名
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	
/ /	週 g	男・女	健・否	正常・吸引・鉗子・帝王切開	母・混・ミルク	

裏面もご記入ください。

6. 今までの妊娠・出産・産後の経過について以下のことがありましたか。

- 高血圧                      胎盤早期剥離                      胎盤がはがれにくかった  
出産時出血多かった   感染症(B群溶連菌)                      肩が出づらかった(肩甲難産)  
マタニティブルー      その他(                      )

7. アレルギー・喫煙・飲酒についてお聞きします。

- ・アレルギー   無                      有   薬品名(                      ) 食品名(                      ) その他(                      )  
・たばこ                      吸わない   以前吸っていた   現在も吸っている(                      本/日)  
・アルコール   飲まない   時々飲む                      ほぼ毎日飲む(                      を                      杯/日)

8. 喘息はありますか。

- 無                      有(最終発作                      歳                      薬品名                      )

9. 今までに指摘された病気、また、現在通院治療中の病気はありますか。

- 無                      有(いつ                      病名                      )

10. 現在内服中の薬はありますか。

- 無                      有(薬品名                      )

11. 手術・輸血を受けたことはありますか。

- 無                      有(手術                      年                      月                      内容                      )  
無                      有(輸血                      年                      月)

12. 今までに感染症と指摘されたことはありますか。

- 無                      有   B型肝炎   C型肝炎   その他(                      )

13. 家族に下記の病気を持った方がいますか？

- 高血圧                      糖尿病                      心臓病                      脳疾患                      腎疾患  
悪性腫瘍                      精神神経疾患                      甲状腺の病気                      てんかん  
その他(                      )

14. 当院初めての方にお聞きします。当院を何で知りましたか。

- 友人・知人からの紹介                      ホームページ                      おーラジ  
新聞折り込み広告                      その他(                      )

ありがとうございました。受付までお持ち下さい。