

# 産科外来問診票

患者No \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳

(戸籍上の氏名を正しい漢字でお書きください)

職業(現在 \_\_\_\_\_ 結婚前 \_\_\_\_\_)

生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 国籍(外国人の方) ( \_\_\_\_\_ )

## 今日来院された理由は？

- ① 月経が止まった。 ② 妊娠反応陽性。(確認した日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
③ 当院での妊婦健診希望 ④ 胎児ドック希望  
⑤ 他院から紹介された。(紹介された理由: \_\_\_\_\_)

●分娩予定日( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) ●最後の月経が始まった日( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

●妊娠を継続(する / しない) ●当院での分娩を希望(する / しない)

## あなたの結婚・妊娠・分娩についてお答えください

- ① 未婚 / 既婚 ②ご主人の年齢( \_\_\_\_\_ )歳、職業( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )歳の時に結婚 / 再婚  
③今回の妊娠は: 自然妊娠 / 不妊治療による妊娠 治療内容( \_\_\_\_\_ )  
体外受精による妊娠の場合: 新鮮胚移植 / 凍結胚移植  
④今回の妊娠がわかった時どんなお気持ちでしたか。

(うれしかった・予想外だったがうれしかった・予想外だったので戸惑った・困った・なんとも思わない)

今度が( )回目の妊娠 分娩( )回(死産( )回) 自然流産( )回 中絶( )回								
	年/月/日 (西暦)	分娩場所	妊娠中の 異常	分娩方法	産後異常	出生児	栄養方法	その他
1	_____年 _____月 _____日		なし あり ( _____ )	経膈分娩 帝王切開 吸引/鉗子	なし あり ( _____ )	妊娠 _____週 男・女 g	母乳 混合 人工	
2	_____年 _____月 _____日		なし あり ( _____ )	経膈分娩 帝王切開 吸引/鉗子	なし あり ( _____ )	妊娠 _____週 男・女 g	母乳 混合 人工	
3	_____年 _____月 _____日		なし あり ( _____ )	経膈分娩 帝王切開 吸引/鉗子	なし あり ( _____ )	妊娠 _____週 男・女 g	母乳 混合 人工	
4	_____年 _____月 _____日		なし あり ( _____ )	経膈分娩 帝王切開 吸引/鉗子	なし あり ( _____ )	妊娠 _____週 男・女 g	母乳 混合 人工	

## 最近のあなたについてお答えください

身長( \_\_\_\_\_ )cm 最近の体重( \_\_\_\_\_ )kg 妊娠前の体重( \_\_\_\_\_ )kg

- 食欲はありますか(普通・なし・嘔吐:一日 \_\_\_\_\_ 回) ●良く眠れますか(はい・いいえ)  
●飲酒(飲まない・たまに飲む・毎日飲む) ●排便(毎日・便秘気味・下痢気味)  
●たばこ(吸わない・吸う)

●喫煙している方はご記入をお願いします

喫煙状況:紙巻きタバコ(種類: \_\_\_\_\_ ) (一日使用数: \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年)

加熱式タバコなど(種類: \_\_\_\_\_ ) (一日使用数: \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年)

電子タバコの使用(無・有)

過去の喫煙状況( \_\_\_\_\_ 年前/ \_\_\_\_\_ か月前/ \_\_\_\_\_ 日前から禁煙)

●同居者で喫煙している人はいますか(喫煙者の続柄: \_\_\_\_\_ )

うらへ続きます

**今までにかかった病気や受けた治療についてお答え下さい**

高血圧	(無・有)	喘息	(無・有)	糖尿病	(無・有)
甲状腺疾患	(無・有)	てんかん	(無・有)	腎臓病	(無・有)
肝炎	(無・有)	子宮筋腫	(無・有)	卵巣腫瘍	(無・有)
心臓疾患	(無・有)	：詳細	(_____)		
精神疾患	(無・有)	：詳細	(_____)		
その他疾患	(無・有)	：詳細	(_____)		
手術	(無・有)	：詳細	(_____)		
輸血	(無・有)	：詳細	(_____)		
アレルギー	(無・薬剤・食物)	詳細	(_____)		
常用薬	(無・有)	薬品名	(_____)		

**今までにカウンセラーや心療内科などに相談をしたことがありますか？**

(あり・なし) 相談内容 (\_\_\_\_\_)

**下記の感染症にかかったこと、予防接種を受けたことはありますか？**

麻疹(はしか)	(無・有・不明/予防接種済・不明)	水痘(水ぼうそう)	(無・有・不明/予防接種済・不明)
風疹(三日ばしか)	(無・有・不明/予防接種済・不明)	おたふくかぜ	(無・有・不明/予防接種済・不明)

**ご家族の病気についてお答え下さい**

あなたの両親・兄弟・子ども・祖父母など、血縁者の方で下記の病気になった方について記入してください

がん	(無・有)	誰が	(_____)	喘息	(無・有)	誰が	(_____)
高血圧	(無・有)	誰が	(_____)	肝臓病	(無・有)	誰が	(_____)
糖尿病	(無・有)	誰が	(_____)	結核	(無・有)	誰が	(_____)
脳卒中	(無・有)	誰が	(_____)				
その他	(疾患名：_____)			誰が			(_____)

**胎児超音波検査について**

**あなたには胎児の病気を知らない権利があります。**  
 胎児の病気を見つけるための『胎児超音波検査』を (希望する・希望しない)  
 『胎児超音波』で異常が見付かった場合、病名の告知を (希望する・希望しない)

**マイナ保険証による診療情報に同意しましたか？** (いいえ・はい)

1年以内に健診は受けましたか？ (無・有) (時期：\_\_\_\_\_) (指摘事項：\_\_\_\_\_)

健診とは、「特定健診」や「高齢者健診」のことを指します。

**緊急時の連絡や出生証明書の作成に必要なので、正確に記入をお願いします**

夫(パートナー)	(フリガナ)	(西暦)			
	氏名： _____	生年月日： _____	年	月	日 ( 歳)
	職業： _____	血液型： _____	型	Rh (+・-・不明)	
現住所・電話番号	住所： _____				
	電話番号： _____	携帯電話： _____			
産後住所 (決まっていれば)	住所： _____				
	電話番号： _____				
緊急連絡先	(フリガナ)				
	①氏名： _____	続柄： _____	電話番号： _____		
	(フリガナ)				
	②氏名： _____	続柄： _____	電話番号： _____		
一緒に住んでいる人	(続柄)				

**病院から連絡を取らせていただく場合の連絡先：**

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。