

# 産科問診票

平成 年 月 日

ふりがな				生年	昭和・平成		
氏名				月日	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<br>( ) 市販の妊娠診断薬で陽性だった<br>( ) 出産を希望する ( 当院で ・ 他院で ・ 未定 )<br>( ) 出産は望まない | 4. 出血                     |
| 2. 里帰り出産のため当院で分娩希望                                                              | 5. おりものが気になる ( かゆみ ・ 痛み ) |
| 3. 腹痛 ・ 腰痛                                                                      | 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 )   |
- ( )

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		( )	
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
- 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: )