



# コンセプトケア外来（妊娠前相談） 問診票

記入日 西暦\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

以下の質問について、当てはまるものに☑もしくは記入をお願いします。

氏名\_\_\_\_\_ 日中連絡がつく電話番号\_\_\_\_\_

身長\_\_\_\_\_cm、体重\_\_\_\_\_kg

今回のカウンセリングで特に心配していること、聞きたい内容にチェックをつけてください（複数回答可）

- 病気が妊娠に与える影響
- 胎児（赤ちゃん）への影響
- 分娩や産後について
- その他（\_\_\_\_\_）
- 妊娠が病気に与える影響
- 使用している薬の妊娠・赤ちゃんへの影響
- 分娩施設について

・ご自身の持病や、これまでの妊娠合併症歴の中で、今回の外来でカウンセリングを希望される病名をすべて挙げてください。また、それぞれの病名についてカウンセリングでお知りになりたい内容を具体的に記入してください。こちらに記入頂いた内容をもとにカウンセリングを行います。

病名・妊娠合併症など	お知りになりたいこと、心配なことなど
例) 糖尿病	妊娠中に薬を使うことで赤ちゃんに影響がないのか。糖尿病は赤ちゃんの発育に影響があると聞いて心配。

枠が足りない場合は、3 ページ目の最後の [ ] 内に記入してください。

## 【これまでの妊娠について】

妊娠\_\_回、分娩\_\_回、自然流産\_\_回（流産手術\_\_回）、中絶\_\_回、子宮外妊娠\_\_回、胞状奇胎\_\_回

分娩日(分娩時年齢)	週数	分娩方法	性別	出生体重	生死	妊娠中・分娩中の異常	分娩施設
西暦 年 月 ( 歳)	週	正常・吸引・鉗子 帝王切開		g	生・死		
西暦 年 月 ( 歳)	週	正常・吸引・鉗子 帝王切開		g	生・死		
西暦 年 月 ( 歳)	週	正常・吸引・鉗子 帝王切開		g	生・死		

**【既往歴/手術歴】**（産婦人科既往歴・糖尿病・高血圧・静脈血栓塞栓症・結核・喘息・遺伝性疾患・精神疾患その他）

ある場合は、通院時の年齢、病名、病院名の記載をしてください。＜カウンセリングを希望される病名は、初めの★の表にも必ず記載してください＞

なし

ある ( \_\_\_\_\_ 歳、  
\_\_\_\_\_ 歳、  
\_\_\_\_\_ 歳、

記載いただいた病気に使用中の内服薬や注射などがあれば記載してください。\*薬についての詳しいカウンセリングも希望される場合は、プレコンセプションケア外来+妊娠と薬相談外来をお勧めします。

( \_\_\_\_\_ )

**【アレルギーはありますか（花粉症や鼻炎も含めます）】**

ある場合は薬物・食品の名称とどんな症状があったかを記載してください

なし

薬物 ( \_\_\_\_\_ )  
食品 ( \_\_\_\_\_ )  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

**【生活習慣について】**

たばこ：本人 吸わない以前吸っていた ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間)

夫 吸わない以前吸っていた

アルコール：飲まない 機会飲酒 ほぼ毎日飲む（お酒の種類 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_ ml/日）

**【結婚について】**

入籍：入籍予定 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃) 入籍予定なし

既婚：初婚・再婚（結婚時の年齢 \_\_\_\_\_ 歳）

血族結婚：なし あり（例：いとこ、はとこ \_\_\_\_\_）

**【妊娠のタイミングについてのご自身の考え】**

すぐに妊娠したい 1年以内くらいに妊娠したい まだ予定はない

**【家族歴】あなたと血のつながりがあるご家族について記載してください**

糖尿病・高血圧・静脈血栓塞栓症・結核・喘息・遺伝性疾患・精神疾患などをお持ちの方はいますか？

なし

あり（具体的に、ご家族のどなたがどのような病気をお持ちか以下に記載してください）

( \_\_\_\_\_ )

●そのほか、お伝えしたいことがあれば以下に記載してください。

[ ]

●今回カウンセリングを希望される外来は（どちらかに○をつけてください）

( ) プレコンセプションケア外来（1時間まで 15800 円）

→予約サービス（Web）にてプレコンセプションケア外来を選択し、お申し込みください。

( ) プレコンセプションケア外来+妊娠と薬相談外来（1時間まで 15800 円+妊娠と薬<11000

円、千葉県の方は助成金があります>。）→予約サービス（Web）にてプレコンセプションケア外来+妊娠と薬相談外来 を選択し、お申し込みください。

御協力ありがとうございました。