**プレコンセプションケア外来（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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日中連絡がつく電話番号

身長　　　　 cm 妊娠前体重　　　kg

**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、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。こちらに記入いただ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出ると聞いて心配。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

枠が足りない場合は、2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、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

上記に記載した病気で使用中の内服薬や注射などがあれば下記に記載してください。薬について

詳しく相談したい場合は、「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（花粉症や鼻炎も含む）】ある場合は薬物・食品の名称と症状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

お酒 ： □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　　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　（具体的にご家族の誰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（どちらかに〇をつけてください）

　（　　）プレコンセプションケア外来（1時間まで15800円）

（　　）プレコンセプションケア外来＋妊娠と薬相談外来（90分まで21300円）

 御協力ありがとうございました。