

# 周産期母性科 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。

フリガナ氏名\_\_\_\_\_ 生年月日 昭和・平成\_\_年\_\_月\_\_日( 歳) 国籍\_\_\_\_\_

職業\_\_\_\_\_ ( 月退職、 月から産休育休予定) 身長\_\_\_\_\_cm、妊娠前体重\_\_\_\_\_kg

最終学歴 : 中学校 高校 短大 専門学校 大学以上 ( 卒業、中退)

自宅住所\_\_\_\_\_ 当院まで車で片道\_\_\_\_\_分

自宅電話番号\_\_\_\_\_ 携帯電話番号(ご本人様)\_\_\_\_\_

【受診理由】 ( )

【緊急連絡先について】 2カ所ご記入ください

	氏名	続柄(例: 夫)	連絡先の電話番号	住所(〇〇県〇〇市)
1				
2				

【今回の妊娠について】

最終月経: 20\_\_年\_\_月\_\_日から\_\_日間、平素と同様 少量 その他( )

分娩予定日: 20\_\_年\_\_月\_\_日、未定

今回の妊娠: 自然妊娠 タイミング法 排卵誘発 人工授精 体外受精

顕微受精 卵子提供 その他( )

妊娠16週までに以下の症状・検査があればチェックしてください

つわり 発熱(38℃以上) 出血 レントゲン・CT検査

【月経について】

初経年齢: \_\_\_\_\_歳 経過: 順調( \_\_\_\_\_日周期、 \_\_\_\_\_日間持続)・不順( \_\_\_\_\_日間持続)

量: 少ない 普通 多い 月経の障害: 無 有

【これまでの妊娠について】 今回の妊娠は含めずご記入ください。

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、胎状奇胎\_\_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		
西暦 年 月( 歳)	週	正常・吸引・鉗子 帝王切開		g	生・死		

西曆	年 月 ( 歲)	週	正常・吸引・鉗 子 帝王切開		g	生・死		
----	----------	---	----------------------	--	---	-----	--	--

**【産婦人科の病気の通院歴はありますか】**

- なし その他（下に自由記載してください）
- 帝王切開\_\_\_\_回
- 頸管縫縮術の既往
- 子宮筋腫（手術：有 無）
- 子宮腺筋症（手術：有 無）
- 卵巣嚢腫（手術：有 無）
- 子宮や膣の形の異常（手術：有 無）
- 子宮がん検診異常
- 子宮頸部円錐切除術の既往

**【産婦人科以外の通院歴・手術歴はありますか】**

（糖尿病・高血圧・静脈血栓塞栓症・結核・喘息・遺伝性疾患・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。

- なし
- ある（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）

記載いただいた病気に使用中の内服薬があれば記載してください。

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

**【精神科・心療内科・メンタルヘルス科などの通院歴はありますか】**

ある場合は、通院時の年齢、病名、病院名、内服薬の記載をしてください

- なし
- あり（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）

**【以下の手帳の所持はありますか】**

- 身体障害者手帳（申請中・ \_\_\_\_ 級）
- 精神障害者保健福祉手帳（申請中・ \_\_\_\_ 級）
- 療育手帳（申請中・ \_\_\_\_ 級）
- 特定疾患受給者証（申請中・ 取得済 ）

**【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 ( \_\_\_\_\_本/日× \_\_\_\_\_年間) 妊娠後も吸っている ( \_\_\_\_\_本/日)

夫 吸わない 以前吸っていた 妊娠後も吸っている

アルコール：飲まない 機会飲酒

妊娠前摂取していた ( \_\_\_\_\_ml/日) 妊娠後も摂取している ( \_\_\_\_\_ml/日)

宗教：なし あり ( \_\_\_\_\_ )

今回の妊娠中に内服した薬やサプリメント：なし あり ( \_\_\_\_\_ )

**【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)

再婚の場合…1回目の結婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳：(離婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳・死別時の年齢 \_\_\_\_\_歳)

2回目の結婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳：(離婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳・死別時の年齢 \_\_\_\_\_歳)

血族結婚：なし あり(例：いとこ、はとこ \_\_\_\_\_)

**【赤ちゃんの父親について】**

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_歳 職業 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_

血液型 \_\_\_\_\_型 Rh (+・-) 同居 別居(住

所： \_\_\_\_\_)

現在または今までにかかった病気があれば○をつけてください。

糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( \_\_\_\_\_ )

**【あなたと血の繋がりがある家族について記載してください】**

続柄	年齢	同居/別居	現在または今までにかかった病気	不明	死亡
子①(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子②(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子③(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実父	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実母	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖父(父方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖母(父方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖父(母方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖母(母方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**【分娩予定と退院先】**

分娩予定施設： 当院 未定 他院(予定施設： )

退院後の住所： 自宅 実家 義実家 その他(住所： \_\_\_\_\_様宅 )

退院後の電話番号： 自宅 その他(電話番号 )

産後の育児協力者： 夫 パートナー 実母 実父 義母 義父  
その他( )

**●心配なことについてお聞かせ下さい。**

具体的に記載したい方は、下の空欄に記載してください。

経済的なこと 妊娠中のこと 産後、育児のこと 夫・パートナーのこと

家族のこと

その他

[ ]

御協力ありがとうございました。