

周産期母性科 問診票

記入日 平成____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 中卒 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 ・他院からの紹介(里帰り・その他 _____)
・その他(_____)

【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(_____)

つわり: なし あり

妊娠16週までの経過: 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)・不順、 _____ 日間持続

量: 少量 普通 多量 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にご記入ください。

妊娠____回、分娩____回、自然流産____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		
西暦 年 月(歳)	週	正常・吸引・鉗子 帝王切開		g	生・死		

【これまでの産婦人科の病気について】

なし

帝王切開__回 頸管縫縮術既往(手術：有 無) 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)

子宮や膣の形態異常 子宮がん検診異常 子宮頸部円錐切除術 その他 (_____)

【産婦人科以外の病気・手術について】(精神疾患、高血圧、糖尿病、結核、喘息など)

なし

【あり】の方は下へご記入ください。

年齢	病名	どんな治療	転機
才		内服薬 ()・手術・その他 (_____)	治療中・治癒・その他
才		内服薬 ()・手術・その他 (_____)	治療中・治癒・その他
才		内服薬 ()・手術・その他 (_____)	治療中・治癒・その他

手帳の所持：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)

【アレルギーについて】

なし

【あり】の方は下へご記入ください。

薬品名	薬品名：	症状：
食品名	食物名：	症状：
その他	具体名：	症状：

【生活習慣について】

たばこ： 本人 吸わない 妊娠前吸っていた (____本/日) 妊娠後も吸っている (____本/日)
夫 吸わない 妊娠前吸っていた (____本/日) 妊娠後も吸っている (____本/日)

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)

【ご主人もしくは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 R h _____

【ご家族について】

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

【今後について】

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。