

【産科（妊娠）で受診の方】

年 月 日

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 歳 生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日

現住所 〒 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ 仕事内容 座っていることが多い  
座ったり立ったり  
立っていることが多い  
動き回ることが多い

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

※ 下記の項目の該当する□にチェックをつけ、必要な項目に詳細をご記入ください。

1. 受診内容について

妊娠の可能性 ⇒ 出産したい 妊娠を継続しない 相談したい・わからない

妊娠検査 … 市販の検査薬 (検査日 月 日) 検査していない  
 月 日に他院で確認済 ( 週, 出産予定日 月 日)  
 当院分娩希望…有 無 ⇒ (どこで… ) 考え中  
 妊婦健診は?…当院希望 他院希望 未定

当院へ里帰り分娩希望 ⇒ 出産予定日 ( 月 日) 分娩予約済み 分娩予約していない  
 現在の症状⇒出血 腹痛 おりもの かゆみ その他 ( )

2. 月経について 初潮 ( ) 歳

最終月経 年 月 日 ~ 日間 (周期 順調 日型 不順 ~ 日)  
 生理の量 (多い 普通 少ない) 生理痛 (強い 普通 弱い) 月経前困難症

3. 結婚について

未婚 ⇒ 入籍予定 無 有 ( 月頃) 未定 パートナーの職業 ( ) 年齢 歳  
既婚 ⇒ 結婚年齢 歳 配偶者の職業 ( ) 年齢 歳  
 離婚経験 無 有 ( 年 月頃)

4. 過去の妊娠や分娩について → 妊娠経験 無 有 ⇒ ( ) 回

	年月日	施設名	週数	妊娠経過	出生体重(性別)
1	年 月 日			<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他( )	g( )
2	年 月 日			<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他( )	g( )
3	年 月 日			<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他( )	g( )
4	年 月 日			<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他( )	g( )
5	年 月 日			<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他( )	g( )

5. 今までにかかった病気について

無 有 ⇒ 高血圧 肝炎 (A型・B型・C型) 糖尿病 血栓症 心疾患 甲状腺疾患  
腎疾患 虫垂炎(盲腸) 精神疾患 ( ) その他 ( )  
婦人科疾患 ⇒ 子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮内膜症 月経前困難症・月経困難症  
その他 ( )

6. 手術歴について 無 有 ⇒ 昭・平・令 年 月頃 (手術名 )

7. ぜんそくの既往について

無 有 ⇒ 最終発作 昭・平・令 年 月頃 現在加療中の方は常備薬名 ( )

8. 内服中の薬について お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にお願いします。

無 有 ⇒ 薬品名 ( )

裏面もご記入ください

9. アレルギーについて

- 無 有 ⇒薬 ( ) 主な症状 ( )  
食物 ( ) ( )  
麻酔 ( ) ( )

10. ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方はいますか？

- 無 有 ⇒高血圧 糖尿病 肝炎 (A型・B型・C型) HTLV-1 陽性 (成人 T 細胞白血病)  
その他 ( )

11. 輸血経験について

- 無 有 ⇒昭・平・令 年 月頃 内容と投与量 ( )

12. 今回の妊娠方法について

- 自然妊娠  
不妊治療後妊娠 ⇒タイミング法 人工授精 体外受精 その他 ( )

13. 喫煙・飲酒について

- 喫煙 無 以前吸っていた 現在吸っている (1日 本、約 年間)  
 飲酒 無 飲む (種類 、1回 杯、毎日 時々 月2～3回)

14. 当院へ里帰り分娩を希望されている方は、ご実家の住所と連絡先をご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

15. 緊急時の連絡先を必ず2名、ご記入ください。

	番号・連絡先名		
① <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> パートナー 氏名 ( )	携帯	-	-
	勤務先	-	会社名 ( )
② 親族 続柄 ( ) 氏名 ( )	携帯	-	-
	勤務先	-	会社名 ( )

16. 妊娠中の胎児超音波検査は、「出生前診断」に相当すると学会で位置づけられています。

胎児の異常に関する情報の提供・告知を希望されますか？

(異常が発見された場合、希望される方に対しては、すでに同意しているものとして告知いたします)

- 積極的に検査を希望し、胎児に異常があった場合は告知を希望する  
積極的には検査を希望しないが、偶然異常が見つかった場合には告知を希望する  
胎児に異常があっても、情報の提供・告知を一切希望しない

17. その他心配なこと、相談したいことなどありましたら、なんでも結構ですのでお書きください。

↓ ご自身で記入して下さい

身長	cm	非妊娠時体重	kg
----	----	--------	----

当院では法律に基づき、個人情報の取り扱いには細心の注意を払っております。他院との連携時、FAX等で情報提供を行う際に紹介先で診療に直接関与しない医療従事者が診療情報を閲覧する可能性がございます。

緊急時には迅速かつ正確な情報が必要となる為、ご了承ください。ご協力ありがとうございます。

作永産婦人科