

【産科 問診票】

記入日： 年 月 日

スタッフ確認日： /

(ふりがな)

氏名 () 歳 生年月日 昭・平 年 月 日

当院では、妊婦さんを取り巻く様々な情報を早めに共有し、サポートに役立てることが大切であると考えています。
不安な点や気になることがありましたら、診察時や各種指導の際にお伝え下さい。

※ 下記の項目について□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. 分娩予定について

分娩 …□当院予定 □他院予定⇒(どこで…) □考え中

妊婦健診…□当院予定 □他院予定 □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
当院へ里帰り分娩を希望されている方は、里帰り先の住所と連絡先をご記入ください。

氏名 続柄 電話番号 - -

住所

里帰り先から当院までの所要時間 交通手段

2. 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 □顕微授精(ICSI)

治療病院名：

最終月経 年 月 日～ 日間(周期 □順調 □不順 日型 □不順 ～ 日)

3. 妊娠から現在までに次のことがありましたか

□発熱 □発疹 □首のリンパ節の腫れ

□風疹患者と接触 □大勢の小児(0～15才前後)との接触が多い場所での就労

□海外渡航() □同居の夫やパートナー・家族が海外渡航()

4. 妊娠中の胎児超音波検査について

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?⇒ □希望する □希望しない

母体と児の状態により医師の判断に基づき高次病院へ紹介することがあります。ご了承ください。

5. 妊娠・出産・育児に関する情報について

母親学級等について

当院では市区町村での母親学級・両親学級の参加を推奨しております。

市区町村での母親学級等の参加予定は? □予定あり □予定なし⇒ 理由：

6. 過去の妊娠や分娩について → 妊娠経験 ☐無 ☐有⇒ () 回 分娩 () 回←22 週以上の分娩

妊娠経過には、流産なども含みます

	年月日 年齢	施設名	週数	妊娠・分娩経過	体重 (g)	性別	生死
1	年 月 歳			<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他			生・死
2	年 月 歳			<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他			生・死
3	年 月 歳			<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他			生・死
4	年 月 歳			<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他			生・死
5	年 月 歳			<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他			生・死
6	年 月 歳			<input type="checkbox"/> 経膣分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 その他			生・死

スタッフ記入・確認欄：

☐妊娠高血圧症☐HELLP 症候群☐新生児仮死

☐妊娠糖尿病☐分娩時大量出血☐新生児死亡

☐常位胎盤早期剥離☐癒着胎盤☐B 型溶連菌感染

☐大きな奇形などその他児について ()

特記事項：

7. 今までにかかった病気について、現病も含む

何歳からか、また治療の有無、内容、施設名を教えてください。

・産婦人科の通院歴・手術歴について ☐無 ☐有

例：☒子宮内膜症（25 歳 内服治療のみ ○○病院 ）

☐頸管縫縮術の既往 (歳)

☐子宮頸部円錐切除術の既往 (歳)

☐子宮筋腫 (歳)

☐卵巣嚢腫 (歳)

☐子宮内膜症 (歳)

☐子宮腺筋症 (歳)

☐子宮ポリープ (歳)

☐子宮や膣の形の異常 (歳)

☐性感染症 (歳)

☐その他 (歳)

・産婦人科以外の通院歴・手術歴について ☐無 ☐有

例：(3 歳から 気管支喘息 吸入治療 医療機関名 ○○内科クリニック 通院中： ☐無 ☒有)

例：(10 歳 虫垂炎 開腹手術 完治 医療機関名 ○○病院 通院中： ☒無 ☐有)

(歳 通院中： ☐無 ☐有)

(歳 通院中： ☐無 ☐有)

(歳 通院中： ☐無 ☐有)

その他の手術歴：(美容形成や乳房形成など) ☐無 ☐有⇒

() 歳頃 (手術名： 施設名：)

・輸血経験について

☐無 ☐有 ⇒昭・平・令 年 月頃 内容 ()

8. ご家族の健康状態と家族構成についてお聞きします。可能な範囲でお答えください。

その他には該当する病名や状態をご記入ください。

	続柄	年齢	同居/別居	現在または今までにかかった病気	行方不明	死亡
	配偶者	歳	同居・別居	健康・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	義父	歳	同居・別居	健康・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	義母	歳	同居・別居	健康・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実父	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実母	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実の兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実の兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実の兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	子①(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	子②(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	子③(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	祖父(父方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	祖母(父方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	祖父(母方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	祖母(母方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(同居 人家族)

スタッフ記入・確認欄：

実両親、実兄弟姉妹に以下の病気

☐甲状腺疾患

☐静脈血栓塞栓症

☐遺伝性疾患

9. 喫煙歴について

妊娠前 ☐無 ☐有⇒ () 本/日 ☐受動喫煙あり※

妊娠後 ☐無 ☐有⇒ () 本/日 ☐受動喫煙あり※

やめる予定 ☐無 ☐有⇒ (時期:)

(※受動喫煙とは身近な人が喫煙しておりその煙を吸うことを言います)

10. 飲酒歴について

妊娠前 ☐無 ☐有⇒ ____日/週 種類: _____1回の量; _____

妊娠後 ☐無 ☐有⇒ ____日/週 種類: _____1回の量; _____

やめる予定 ☐無 ☐有⇒ (時期:)

11. メンタルヘルスについて

カウンセラーや心療内科・精神科に相談したり受診したりしたことがある

☐無 ☐有⇒ (内容/時期)

☐これからしたい

妊娠がわかった時の気持ちは

☐うれしかった ☐困った ☐不安 ☐複雑な気持ち

妊娠出産や育児について不安がありますか

☐無 ☐有⇒ ()

そのほかに不安なことや心配なことがありますか

☐無 ☐有⇒ ()

不安や心配なことを相談できる人がいますか

☐無 ☐有⇒ ()

12. 生活について

現在の職業: _____ (____月から産休予定)

☐育休をとるつもりでいる⇒ 育休取得予定期間 (____年 ____ヶ月予定)

☐やめるか考えている ☐やめる

妊娠出産・育児に夫(パートナー)のサポートは期待できますか

☐はい ☐おそらく大丈夫 ☐難しい⇒理由 ()

妊娠出産・育児に夫以外に協力してくれる人はいますか

☐いる ☐いない

信仰している宗教がありますか ☐無 ☐有⇒ ()

13. 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。

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した。

作永産婦人科