

記載日： _____年____月____日

産科問診票

記入者： _____ 関係： _____

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

同意します 同意しません

フリガナ： _____

お名前： _____

国籍： _____

【紹介状】 なし あり（紹介元： _____）

身長： _____ cm 体重(妊娠前)： _____ Kg 本日の体重： _____ Kg 血圧： _____ / _____ mmHg 脈拍： _____ 回

【今回の妊娠について】 出産予定日： _____年____月____日

出産を予定している病院： 当院 / 里帰りを考えている（里帰り先： _____）

最後の月経が始まった日： _____年____月____日（月経周期 日型、 順 不順）

不妊治療： なし あり

不妊治療「あり」場合、行った方法は次のどれですか？（複数回答有）

タイミング法 人工授精 体外受精 顕微授精 凍結胚移植 非配偶者間体外受精 着床前診断

その他（ _____ ） 治療期間： _____

【結婚歴】 結婚（ _____歳） 入籍予定 離婚したことがある

【妊娠分娩歴】 今までに妊娠したことはありますか なし あり

すべての妊娠の回数(今回の妊娠を含めて) _____回

そのうち、 出産 _____回 自然流産 _____回 人工中絶 _____回

そのほかの異常妊娠（例：胎状奇胎、子宮妊娠、 _____）

出産したときのあなたの①年齢、②お子さんの性別、③出産時の週数、④お子さんの出生体重、⑤分娩方法、⑥所要時間
⑦妊娠期間中の病気（A 切迫早産、B 妊娠糖尿病、C 妊娠高血圧症候群など）についてお書きください。

出産年齢	児の性別	週数	出生体重	分娩方法	分娩所要時間	妊娠期間中の病気（ありの場合は○）
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（A・B・C）
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（A・B・C）
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（A・B・C）
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（A・B・C）

【既往歴】 今までに病院にかかったことについてお書きください

(例：15 歳 不安症、20 歳 盲腸、30 歳 交通事故など)

かかった事のある病気 なし あり (_____)
入院したこと なし あり (_____)
手術したこと なし あり (_____)
輸血したこと なし あり (_____)
気持ちが落ち込み、不安が強く病院受診したこと なし あり (_____)

【内服】 定期的に使っている薬 なし あり (例：ロキソニン、 _____)

【家族歴】 血のつながっている方に高血圧 なし あり (関係 _____)

糖尿病 なし あり (関係 _____)

癌のかた なし あり (関係 _____)

【アレルギー】

食べ物 なし あり (例：ソバ、乳製品など、 _____)

薬 なし あり (例：ロキソニン、抗菌薬、 _____)

喘息 なし あり (最終発作 _____ 歳、現在使用している薬： _____)

その他 なし あり (例：金属、ラテックス、アルコール _____)

【生活歴】

職業 (_____)

飲酒 妊娠前 なし あり →ありの方は飲酒量 (_____)

妊娠後 なし あり →ありの方は飲酒量 (_____)

喫煙 妊娠前 なし あり →ありの方は喫煙量 (_____)

妊娠後 なし あり →ありの方は喫煙量 (_____)

宗教 なし あり (_____)

【パートナーの情報】

年齢： _____ 歳

国籍： _____

喫煙 なし あり →ありの方は喫煙量 (_____)

職業 (_____)

最後に今回の妊娠について、該当するところに☑をしてください

- ・ 出生前診断について考えている いいえ はい 受検済
- ・ 遺伝カウンセリングをご希望されますか？ (別途 5000 円/30 分かかります) いいえ はい
- ・ 経済的な不安がある、または経済的に相談したいことがある いいえ はい
- ・ 妊娠してから、気分が落ち込んだり、不安が強くなることもある いいえ はい

※ 記入後はお薬手帳と一緒に受け付けにお渡しください。

※ ご不明な点は受付にお問い合わせください。

1)当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

同意します 同意しません マイナンバーカードを持っていません

※「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の算定において、マイナンバーカード保険証を利用した場合は2点、利用しない場合は6点となります。

※ご不明なことは受付にお問合せください

2)コロナワクチン接種歴について、教えてください(日付はわかる範囲で構いません)。

受けていない 受けている 最終接種日()回目：____年__月__日