

産科外来問診票

記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長：_____ cm 妊娠前の体重：_____ kg

現在 _____ 歳 職業 _____

ご本人様の携帯番号：_____

次の事項はすべての方にお聞きする事項です。該当箇所に記述・当てはまる項目にチェック及び○をしていただき、産婦人科受付にご提出ください。

1. 妊娠の可能性がある方、確定している方にお聞きします。

- 1) 妊娠確定診断は市販の検査薬で判定をしましたか 判定していない ・ 判定した (_____ 月 _____ 日)
- 2) 本日の来院目的に☑してください
- 妊婦健診
- 分娩予約 (分娩予約の目的で来院された方も異常がないか妊婦健診を実施しています。受診票をご用意ください)
- その他 (_____)
- 3) 無痛分娩を希望しますか 希望する 希望しない 検討中

2. 出産予定日が分かる方は御記入ください。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 出産予定 今日時点で _____ 週 _____ 日

3. 現在、何か気になる症状はありますか。

4. 今後の健診場所についてお聞きします。

- ・ 健診場所はどちらを希望されますか (当院 ・ 他院：病院名 _____) ・ 未定
- ・ 分娩場所はどちらを希望されますか (当院 ・ 他院：病院名 _____) ・ 未定
- ・ 当院までの来院方法 自家用車 タクシー バス 電車 徒歩
- ・ 当院までの所要時間 _____ 時間 _____ 分位

※注意：当院で分娩されない方、また来院に1時間以上要する方は安全のため受診をお断りする場合があります。

5. 月経についてお聞きします。

- 初潮 _____ 歳 月経周期【 順調 (_____ ~ _____ 日周期) ・ 不順 】
- 最終月経開始日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

6. 今回の妊娠についてお聞きします。

- 自然妊娠 排卵誘発剤 IVF (体外受精) ICSI (顕微授精) AIH (配偶者間人工受精) AID (非配偶者間人工受精)

7. 過去の妊娠・分娩についてお聞きします。

- ①妊娠したことはありますか ない ある ある方、妊娠回数を教えてください (_____ 回)
 そのうち人工流産 (22 週未満中絶) はありますか _____ 回
(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 週) (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 週) (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 週)
 自然流産 (22 週未満) はありますか _____ 回
(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 週) (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 週) (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 週)
 分娩回数 (22 週以降) を教えてください _____ 回

【出産歴 (分娩・中期中絶・死産含む) を下記にご記入ください】

出産日	出産年齢	分娩週数	分娩方法	出産時の異常	出生体重	性別	分娩場所
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 歳	_____ 週	自然分娩・吸引分娩 鉗子分娩・帝王切開	あり・なし	_____ g	男・女	当院 他院 (_____)
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 歳	_____ 週	自然分娩・吸引分娩 鉗子分娩・帝王切開	あり・なし	_____ g	男・女	当院 他院 (_____)
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 歳	_____ 週	自然分娩・吸引分娩 鉗子分娩・帝王切開	あり・なし	_____ g	男・女	当院 他院 (_____)
西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 歳	_____ 週	自然分娩・吸引分娩 鉗子分娩・帝王切開	あり・なし	_____ g	男・女	当院 他院 (_____)

②過去の妊娠経過中および分娩時の異常について、当てはまる項目すべてにチェックしてください。

- 子宮外妊娠 (_____ 回) 頸管無力症 切迫早産/入院歴あり・なし 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病
 常位胎盤早期剥離 HELLP 症候群 胎児心拍異常 分娩時大量出血 新生児仮死 新生児死亡
 B 群溶連菌 (GBS) 感染症 死産 その他 (_____)

8. 婦人科疾患を指摘されたことはありますか？

- 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍 乳腺疾患
 性感染症 (ヘルペス・コンジローマ・クラミジア含む)
 子宮頸部異形成 (円錐切除術を受けたことは？ あり / なし) その他 (病名: _____)

9. 既往歴についてお聞きします。当てはまる項目すべてにチェック及び○をして下さい。

- 悪性(がん)新生物(病名: _____)手術・化学療法・放射線療法・その他 (_____)
 心疾患 (病名: _____)手術・投薬中・経過観察のみ
 脳血管疾患 (病名: _____)手術・投薬中・経過観察のみ
 糖尿病 →投薬中・経過観察のみ
 高血圧 →投薬中・経過観察のみ
 腎疾患 (病名: _____)投薬中・経過観察のみ
 肝炎 (病名: _____)手術・投薬中・経過観察のみ
 喘息 (最終発作/西暦 _____ 年 _____ 月頃)投薬中 (吸入薬使用 有・無)・経過観察のみ
 てんかん (最終発作/西暦 _____ 年 _____ 月頃)投薬中・経過観察のみ
 甲状腺疾患 (病名: _____)投薬中・経過観察のみ
 血栓症 (病名: _____)投薬中・経過観察のみ
 自己免疫性疾患 (病名: _____)投薬中・経過観察のみ
 血液疾患 (病名: _____)投薬中・経過観察のみ

ヘルニア

精神疾患（病名： ）投薬中・経過観察のみ

その他（ ）

10. ご自身の手術歴（幼少期から現在）を以下にご記入ください

年/年齢	病名	手術名/術式	現在
西暦 年 歳		/ ・不明	完治 経過観察中
西暦 年 歳		/ ・不明	完治 経過観察中
西暦 年 歳		/ ・不明	完治 経過観察中

11. 現在、使用中の薬剤はありますか？ 診察時にお薬手帳を提出してください。

なし

あり（ ）処方病院（ ）

12. 食品や薬品、その他（花粉、金属等）でアレルギー症状が出現したことはありますか？

なし

あり ありの方は下記記載ください。

	食品/薬剤名	あてはまる症状に○をしてください
薬剤アレルギー	（ ）	皮膚症状/嘔吐・嘔気/呼吸困難/ショック/その他 （ ）
	（ ）	皮膚症状/嘔吐・嘔気/呼吸困難/ショック/その他 （ ）
食物アレルギー	（ ）	皮膚症状/嘔吐・嘔気/呼吸困難/ショック/その他 （ ）
	（ ）	皮膚症状/嘔吐・嘔気/呼吸困難/ショック/その他 （ ）
その他アレルギー	（ ）	皮膚症状/嘔吐・嘔気/呼吸困難/ショック/その他 （ ）
	（ ）	皮膚症状/嘔吐・嘔気/呼吸困難/ショック/その他 （ ）

13. 血縁関係に以下のご病気を現在又は過去に持った方がいますか？（ ）内にご本人との関係をお書きください。

高血圧（ ）（ ）（ ）

糖尿病（ ）（ ）（ ）

遺伝性疾患（病名： ）本人との関係（ ）

悪性（がん）疾患（ ）（ ）（ ）

血栓症（ ）（ ）（ ）

精神疾患（ ）（ ）（ ） なし

14. 輸血や手術に関して宗教上の制限がありますか？

過去に輸血歴あり（理由： ）

過去に輸血歴なし

輸血・手術制限あり（宗教名： ）

15. 飲酒についてお聞きします。

- もともと飲まない 飲んでいたがやめた
- 今も飲んでいる（週_____回_____を_____ ml） やめる予定 あり / なし

16. 喫煙についてお聞きします。

- もともと吸わない 過去に吸っていたがやめた
- 今も吸っている（1日_____本） やめる予定 あり ・ なし
- 同居者に喫煙者が いる ・ いない

17. 感染症についてお聞きします。妊娠初期から過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？

- 発熱 発疹 頸部リンパ節の腫れ 風疹患者との接触 児童との接触が多い職場での就労

18. 結核に関してお聞きします。

- 1) 過去2年以内に結核性の病気にかかったことがありますか？ はい（西暦_____年_____月頃） いいえ
- 2) 家族や同居人で、過去2年以内に結核にかかった人がいますか？ はい（西暦_____年_____月頃） いいえ
- 3) 2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？ はい（西暦_____年_____月頃） いいえ
- 4) 過去3年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？ はい いいえ

19. メンタルヘルスについて当てはまる項目にチェックまたは○をし、詳細をご記入ください。

- 精神科または心療内科を受診したことが ある ない
〔西暦_____年頃 理由または疾患名： _____〕
- 入院歴がある〔西暦_____年頃 疾患名： _____〕 病院名〔 _____〕
- 現在も通院中である 〔通院先の名称： _____〕 現在内服 有 無
- カウンセリングを受けたことがある〔西暦_____年頃 理由： _____〕
- 過去に精神安定剤を内服したことがある〔薬剤名： _____〕
- 睡眠薬を内服したことがある〔薬剤名： _____〕
- これから相談したい

【経産婦の方へ】

前回の妊娠中、出産後に気分の落ち込みや産後うつなどありましたか？ あった なかった

〔症状： _____〕

20. 妊娠が分かったときのお気持ちはいかがでしたか。

- 嬉しかった 困った 複雑な気持ち

21. 家族構成および産後のサポートの有無についてお聞きします。

- 1) 現在入籍をされていますか？
- 入籍している（西暦_____年_____月婚姻） 夫の氏名（ _____ ） 職業（ _____ ）
- 入籍予定である（西暦_____年_____月予定） パートナー氏名（ _____ ） 職業（ _____ ）
- 入籍予定なし パートナー氏名（ _____ ） 職業（ _____ ）
- 過去に離婚（西暦_____年_____月）
- 過去に再婚（西暦_____年_____月）

〔家族構成〕

続柄	年齢	故	性別	同居/別居の有無	お住まい (例：武蔵野市)	健康状態 (例：良好、糖尿病、高血圧、入院中)	育児サポート (相談・手伝い)
配偶者			男/女	同居/別居			可/不可
パートナー			男/女	同居/別居			可/不可
実父			男/女	同居/別居			可/不可
実母			男/女	同居/別居			可/不可
義父			男/女	同居/別居			可/不可
義母			男/女	同居/別居			可/不可
子			男/女	同居/別居			可/不可
子			男/女	同居/別居			可/不可
子			男/女	同居/別居			可/不可

現在調整されている産後のサポート計画を記入してください

例：実家に戻って1ヶ月実母のサポートあり／夫が産後1ヶ月間育児休暇をとりサポート予定 等

2.2. 妊娠継続、出産、育児にあたり、経済的な不安や心配はありますか。

経済的な不安が ある 〔どのような不安がございますか？ ない

緊急時の連絡先を2名以上記載してください。

自宅電話番号	携帯番号	氏名	本人との関係

ご記入ありがとうございました。母子手帳に名前等記載済の妊婦健康診査受診票を挟んでお待ちください。

※当院では、今後の医療の発展のために皆様の診療から得られた知識やデータを学会等で発表させていただくことにご協力をお願いしております。個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。ご了承ください。