

産科 問診表

名前

歳

① 既婚 結婚歴あり 未婚 (入籍予定 あり なし)

② 身長 () cm 体重 () kg 妊娠前の体重 () kg

③ 妊娠歴 * 今回の妊娠も含めて下さい *

妊娠 () 回 出産 () 回 【 帝王切開 あり () 回 】 流産 () 回 中絶 () 回 死産 () 回

④ 病気歴 【 なし あり (病名 :) 】

⑤ 気持ちが落ち込んだりして専門のクリニックに受診したことがありますか

【 ない ある (内服治療あり なし) 通院中 (内服治療あり なし) 】

⑥ 薬剤アレルギー 【 なし あり (薬剤名 :) 】

⑦ 喫煙 (吸わない 吸う 本/日 やめた) 喫煙歴 () 年

⑧ 飲酒歴 (飲まない たまに 飲む 量 :)

⑨ ガン告知について あてはまるものに○をつけて下さい

最終食事時間 : () 時頃

本人のみに話して欲しい 家族と一緒に聞きたい

⑩ 生理について

初めて生理になった年齢 : 歳頃
 一番最後の生理が始まった日 : 年 月 日 ~ 日まで
 月経周期 【 順調 (日周期) 不順 】 持続期間 () 日間
 月経量 (少ない 普通 多い) 月経痛 (なし 軽い 普通 ひどい)

⑪ 今回の妊娠について (自然妊娠 不妊治療あり)

⑫ 自宅で妊娠反応の検査をされましたか (した : 月 日頃 していない)

⑬ 今後の通院について、当てはまるものに○をつけてください

*当院で健診と分娩

*妊娠の確認のみ

他院を受診された方

*健診のみ : 分娩先 () 未定

分娩予定日 : 年 月 日

*分娩のみ : 健診先 () 未定

最終健診日 : 年 月 日

⑭ 当てはまるものに○をつけてください

3ヶ月以内に → 小児との接触が多い仕事があった (いいえ はい)

風疹患者との接触があった (いいえ はい)

発疹・発熱・首のリンパ節が腫れた (いいえ はい)

半年以内に → 猫の飼育があった (いいえ はい)

ガーデニング等土との接触があった (いいえ はい)

加熱処理不十分な肉類の摂取 (いいえ はい)

海外旅行 (いいえ はい)

ご家族の中に糖尿病の方はいますか？ (いいえ はい 続柄 :)

⑮ 半年以内に子宮がん検診を受けましたか？ 受けていない方は本日実施させていただきます

いいえ はい (結果 : 異常なし 不明 異常あり) ※はい と答えられた方は、受付に結果をお持ち下さい。

⑯ 何かお困りのことがありましたらご記入下さい

⑰ 緊急連絡先 1 氏名: (本人) () 産婦人科外来
2 氏名: (続柄:) () 2022/5 改訂