

産科診療のための問診票（1）

記入日： 年 月 日

*以下の下線部には数値あるいは回答を、当てはまる項目には□にチェックをお願いします。

1. お名前 ふりがな _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 分娩予定日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 身長 _____ cm, 妊娠前の体重 _____ kg, 現在の体重 _____ kg

3. ご職業 _____

4. 月経について：初めて月経があったのは _____ 歳頃

最終月経の始まった日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 周期について：□順, □不順 (_____ 日周期)

5. 今回の妊娠成立法についてお聞きします

自然妊娠

不妊治療後の妊娠 (□タイミング法, □排卵誘発, □人工授精, □体外受精, □卵子提供)

6. 現在結婚していますか？

結婚している (_____ 歳時), 結婚していない (□入籍予定あり, □入籍予定なし)

7. 離婚の経験はありますか？ ない, ある (_____ 歳時)

8. 過去の妊娠や分娩について

妊娠 (_____ 回) (流産、異所性(子宮外)妊娠や人工妊娠中絶も含む)

分娩 (_____ 回) (22週以降の死産も含む)

出産時期 (西暦)	分娩週数	出生体重	性別	分娩様式	病院名	特記事項(切迫早産、 大量出血など)
年 月	週	g	男・女	経膈(普通)・吸引・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		
年 月	週	g	男・女	経膈(普通)・吸引・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		
年 月	週	g	男・女	経膈(普通)・吸引・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		
年 月	週	g	男・女	経膈(普通)・吸引・帝王切開 自然流産・人工妊娠中絶・異所性妊娠		

9. 過去に分娩されたお子さんについて ※ひとりでも当てはまる場合、各項目にチェックして下さい

出生体重 2500g 未満, 出生体重 3500g 以上, 肩甲難産, B 群溶連菌感染症, 新生児仮死,

現在病院に定期的に受診している (理由: _____)

新生児・乳児死亡 (第 _____ 子/原因: _____)

10. アレルギーについて

薬のアレルギー: なし, あり (薬剤名: _____ 症状: _____)

食物アレルギー: なし, あり (食品名: _____ 症状: _____)

その他のアレルギー: (_____)

11. 喘息はありますか？ はい (最終発作: _____ 歳頃), いいえ

痛み止めで喘息発作を起こしたことはありますか？ はい, いいえ

12. 痛み止めでアレルギーが起きたことはありますか？ はい, いいえ

13. 喫煙と飲酒について

- ▶ご本人… たばこ：現在（なし，あり（1日__本）） / 妊娠前（なし，あり（1日__本））
飲酒：現在（なし，あり） / 妊娠前（なし，あり）
- ▶夫… たばこ：現在（なし，あり（1日__本）） 飲酒：現在（なし，あり）

14. いままで指摘されたことがある、あるいは現在治療中の病気について

- 高血圧， 糖尿病， 腎疾患， 心疾患， 甲状腺疾患， 肝炎， 自己免疫性疾患， 脳梗塞，
脳内出血， てんかん， 血栓症， 精神疾患， 血液疾患， 悪性腫瘍
その他（_____）

15. 現在使用している薬はありますか？

- なし
あり 薬の名前：_____

16. 過去に手術を受けたことがありますか？（帝王切開・流産手術・中絶手術を除く）

- なし， あり

手術時期	病名	手術名	病院名
年 月			
年 月			

17. 過去に輸血を受けたことがありますか？ なし， あり

18. 子宮頸がん検診を受けたことはありますか？ なし， あり（__年__月 結果_____）

19. HPV ワクチンを受けたことがありますか？ なし， あり（製剤名：_____）

20. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患について

- 子宮筋腫， 子宮腺筋症， 子宮内膜症， 子宮奇形， 卵巣腫瘍， 子宮頸部異形成，
子宮頸癌， 子宮内膜ポリープ， 子宮内膜増殖症， 子宮体癌， その他（_____）

21. ご家族・ご親戚に以下の病気を持った方はいますか？ いる場合は [] に関係を記入してください。

- 高血圧 [____]， 糖尿病 [____]， 静脈血栓塞栓症 [____]
その他の遺伝性疾患（病名：_____ [____]）

22. 妊娠 16 週未満の方のみご回答ください

出生前検査（通常の妊婦健診とは別に行う染色体疾患に関する検査）についての相談を希望しますか？

- はい， いいえ

23. 気持ちに関することについて

- ▶過去一ヶ月の間に、ほとんど毎日緊張感や不安感、神経過敏を感じることはありましたか？
なし， あり
- ▶過去一ヶ月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことはありましたか？
なし， あり
- ▶今までに心の不調で、カウンセラーや心療内科医師、精神科医師などに相談したことがありますか？
なし， あり

24. その他、医師やスタッフへ相談したいこと、伝えておきたいことはありますか？

（_____）