

産科・問診票

記入日 20 年 月 日

カルテID	お名前	年齢	歳
身長	cm	妊娠前の体重	kg
(薬剤名:		食べ物:	その他:

1. 本日来院された理由

・本日の来院の目的に☑してください。

- 妊娠確定診断 市販の検査薬で判定 した(月 日) (+ -) していない
 妊婦健診 分娩予約 中絶希望 その他()

・無痛分娩を希望しますか 希望する 希望しない わからない

※当院では夜間・土日祝日は対応しておりません。詳しくは受付スタッフにお問い合わせください。

2. 出産予定日が分かる方はご記入ください。 [年 月 日 / 本日 週 日]

3. 今後の健診(当院・他院・未定)

出産を予定している病院(当院・里帰りを考えている)

4. 現在、何か気になる症状はありますか。

()

5. 月経について

- 初潮_____歳 月経_____周期 [順調(_____ ~ _____ 日周期 · 不順)]
 最終月経開始日 _____月 _____日 ~ _____日間
 その前の月経は _____月 _____日 ~ _____日間 ※ わかっていれば書いてください
 月経の出血量(多・中・少) 月経痛(強・中・弱・無)

6. 今回の妊娠についてお聞きします。

自然妊娠

不妊治療(治療内容: 期間:)

7. 過去の妊娠・分娩について

妊娠したことが ない ある(回)

人工流産(中絶)_____回(年 月 週)(年 月 週)

自然流産回() ()

出産 回

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
年 月 日			自然・吸引・鉗子・帝王切開	あり・なし		男・女	当院・他院()
年 月 日			自然・吸引・鉗子・帝王切開	あり・なし		男・女	当院・他院()
年 月 日			自然・吸引・鉗子・帝王切開	あり・なし		男・女	当院・他院()
年 月 日			自然・吸引・鉗子・帝王切開	あり・なし		男・女	当院・他院()

8.既往歴について、当てはまる項目すべてに○をしてください。

- ・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(円錐切除術あり / なし) ・その他(病名)
- ・高血圧 ・糖尿病 ・てんかん(最終発作 年 月) ・脳疾患()
- ・腎疾患() ・心疾患() ・甲状腺疾患() ・精神疾患()
- ・血液疾患() ・悪性腫瘍() ・喘息(最終発作 年 月)
- ・その他()

9.今までに腰痛があつたり、背骨に異常がある(側弯、椎間板ヘルニア、すべり症など)といわれた事がありますか。

ない ある (腰痛側弯 椎間板ヘルニア すべり症 その他_____)

10.手術の経験はありますか(帝王切開含む)。(ない・ある)

- 年齢/年() 病名()
年齢/年() 病名()

11.現在内服中の薬や摂取されているサプリメントはありますか。(ない・ある)

(薬品名: _____)
(サプリメント名: _____)

12.血縁関係に以下の病気のある方はいますか?

- 高血圧() () ()
糖尿病() () ()
遺伝性疾患(病名: _____) () ()
精神疾患

13.宗教上の理由により輸血を拒否しますか?

はい / いいえ

14.喫煙について

- 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(なし・あり) 同居者に喫煙者がいる・いない)

15.飲酒について

- 飲まない 飲んでいたがやめた 今も飲んでいる(週_____回_____ml)
やめる予定(ない・あり)

16.メンタルヘルスについて当てはまる項目にチェックし、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 ない ある

() 年頃 理由: _____)

「ない」にチェックした方へ

受診したことはないが日常生活がままならないほど落ち込んだことがある

ない ある

精神科入院歴がある 疾患名: 年 病院名:

現在も通院中である(クリニック名:)

カウンセリングを受けたことがある() 年頃、理由

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

前期の妊娠中・出産後に気分の落ち込みや産後うつなどありましたか? あつた なかつた

[症状:

]

17. 妊娠がわかったときのお気持ちいかがでしたか。

嬉しかつた 困つた 複雑な気持ち

18. 家族構成についてお聞きします。

現在入籍されていますか?

入籍している(年 月に婚姻)
夫の氏名() 職業() (歳)
TEL番号()

入籍予定である(年 月に予定)
パートナー氏名() 職業() (歳)
TEL番号()

入籍予定なし
パートナー氏名() 職業()

過去に離婚()

過去に再婚(年 月)

ご記入ありがとうございます。(個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。)

マイナ保険利用に関する問診

・マイナ保険証または資格確認書をお持ちですか?

(はい・ いいえ)

はいの場合→診療情報取得に同意いただけますか? (はい・いいえ)

・他の医療機関からの紹介状を持っていますか? (いいえ・はい)

・この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか?

(はい・ いいえ)

はいの場合→(受診時期:20 年 月頃)

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力お願いします。

※ 各種公費受給者証はマイナンバーカードでは確認できませんので、ご提示をお願いします。