

産科外来受診の方へ(問診票)

受診日:西暦	年	月	日	職業:
診察券番号	氏名			年齢 歳
必要時病院から連絡してよい電話番号を記入してください() - () - ()				

1. 月経

- ・はじめて月経があったのは () 歳
- ・月経 (順調 ・ 不順)
- ・月経痛の程度 (なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 高度)
- ・月経量 (少ない・普通・多い・塊がたくさん出る)
- ・一番最近の月経は()月 ()日から ()日間
- その前の月経は ()月 ()日から ()日間
- ・月経持続期間 ()~()日
- ・月経周期 ()~()日型
- ・月経痛の症状 (腹痛・腰痛・頭痛・その他)
- ・痛み止めを飲みますか?(はい・いいえ)

2. 婚姻歴

- 結婚 : 未婚 ・ 既婚 ・ 婚約中 (年 月頃入籍予定)
- 結婚回数 ()回 離婚回数 ()回
- 結婚年 西暦 ()年 再婚年 西暦 ()年

3. 妊娠歴(現在の妊娠を含みません)

- 妊娠 ()回 [分娩 ()回 自然流産 (回 / 歳) 人工中絶 (回 / 歳)]

分娩年月日	週数	出生体重	性別	健否		病院名
西暦 年 月 日	週	g	男 女	健 否	妊娠経過: 正常・異常() 分娩所要時間: 時間 分 分娩方法: 正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急・理由:)	
西暦 年 月 日	週	g	男 女	健 否	妊娠経過: 正常・異常() 分娩所要時間: 時間 分 分娩方法: 正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急・理由:)	
西暦 年 月 日	週	g	男 女	健 否	妊娠経過: 正常・異常() 分娩所要時間: 時間 分 分娩方法: 正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急・理由:)	
西暦 年 月 日	週	g	男 女	健 否	妊娠経過: 正常・異常() 分娩所要時間: 時間 分 分娩方法: 正常・吸引・鉗子・帝王切開(予定・緊急・理由:)	

4. 既往歴(今まで指摘されたことがある病気)

病名	(病名)	年齢	現在の症状	薬(薬品名)	現在の通院	病院名
喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	無・有	無・有()	無・有	
解熱鎮痛剤の使用歴 (なし ・ あり → 薬品名:)						
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
腎臓病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
心疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
結核	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
肝臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
脳疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
血液疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
婦人科疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	無・有	無・有()	無・有	
その他	病名	歳	無・有	無・有()	無・有	

上記以外の薬 なし あり 何のため: 薬品名:

手術 なし あり 歳 病名: 手術内容:
歳 病名: 手術内容:

アレルギー なし あり 薬品: 食物: 花粉:
アルコール綿 その他:

5. 家族歴(血縁関係のある方の病気)

病名			続柄(当てはまる方に○をつけて下さい)
高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	父・母・兄弟・祖父・祖母・その他()
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	父・母・兄弟・祖父・祖母・その他()
癌	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	父・母・兄弟・祖父・祖母・その他()
結核	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	父・母・兄弟・祖父・祖母・その他()
その他	病名		父・母・兄弟・祖父・祖母・その他()

6. 生活

身長 () cm 妊娠前体重 () kg

喫煙: なし・妊娠後なし・現在あり → 日 本

飲酒: なし・妊娠後なし・時々・毎日

同居者: 夫・子(人)・義父・義母・実父・実母・その他()

7. ご主人について

氏名: 年齢: 歳

職業: ()

健康状態: 良好・不良 (病名:) 喫煙 あり・なし

結核にかかったこと: なし・あり

※分娩予定日が決まっている方は記入して下さい 月 日

・当院での分娩を希望されますか。(はい・いいえ 里帰り希望です)

・今回どのように妊娠されましたか? (自然・不妊治療)

・1年以内に子宮頸がん検診を受けましたか?
(受けていない)

(受けた) → (年 月) → (異常なし・異常あり)

(受ける予定) → (年 月頃)

・今後の妊婦健診はどちらで受診されますか? (当院・他院)

↓
※34週以降は当院です

母子健康手帳・妊婦健康診査受診票・他院の検査結果をお持ちの方は、問診票記入後、受付にご提出下さい。