

産婦人科受診の方へ（問診表）

受診日：西暦 年 月 日		診察券番号：	
氏名：	年齢： 歳	職業：	
身長： cm	体重： kg	非妊娠時体重： kg	
必要時病院から連絡をしてもよい電話番号（ ）-（ ）-（ ）			

1. 既往歴（今まで指摘されたことがある病気）

病名	罹患の有無及び疾患名	発症年齢	薬剤使用有無		現在の通院		病院名
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
腎臓病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
心疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
結核	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
肝臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
脳疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
血液疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
婦人科疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
	カウンセリング歴		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	
	解熱鎮痛剤の使用歴：		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→ 使用できる薬剤名()		
その他	疾患名：	歳	なし	<input type="checkbox"/> あり()	なし	<input type="checkbox"/> あり	

上記以外で現在内服や使用している薬はありますか？ なし あり ()

【手術歴】 なし あり

手術年齢	疾患名	手術名(どんな手術をしたか)	病院名
歳			
歳			
歳			

【輸血歴】 なし あり

【アレルギー】 なし あり 薬剤 () その他 ()
食品 ()
スギ ヒノキ ハウスダスト アルコール綿

2. 妊娠歴（現在の妊娠を含みます）

合計妊娠回数 () 分娩回数 () 自然流産 (週 歳) 人工中絶 (週 歳)
(週 歳) (週 歳)

分娩年月日	週数	出生体重	性別	健否	当てはまる項目に○をお願いします	病院名
西暦 年 月 日	週 日	g	男・女	健・否	経過：正常・異常(妊娠糖尿病・切迫早産・胎盤異常・高血圧・児が小さい) 分娩：正常・吸引・鉗子・無痛 所要時間： 時間 分・帝王切開(予定・緊急) 出血量： 産褥：正常・高血圧・貧血・産後うつ・その他()	
西暦 年 月 日	週 日	g	男・女	健・否	経過：正常・異常(妊娠糖尿病・切迫早産・胎盤異常・高血圧・児が小さい) 分娩：正常・吸引・鉗子・無痛 所要時間： 時間 分・帝王切開(予定・緊急) 出血量： 産褥：正常・高血圧・貧血・産後うつ・その他()	
西暦 年 月 日	週 日	g	男・女	健・否	経過：正常・異常(妊娠糖尿病・切迫早産・胎盤異常・高血圧・児が小さい) 分娩：正常・吸引・鉗子・無痛 所要時間： 時間 分・帝王切開(予定・緊急) 出血量： 産褥：正常・高血圧・貧血・産後うつ・その他()	
西暦 年 月 日	週 日	g	男・女	健・否	経過：正常・異常(妊娠糖尿病・切迫早産・胎盤異常・高血圧・児が小さい) 分娩：正常・吸引・鉗子・無痛 所要時間： 時間 分・帝王切開(予定・緊急) 出血量： 産褥：正常・高血圧・貧血・産後うつ・その他()	

3.月経について

初潮年齢（初めて生理になった年齢）（ ）歳

月経周期（ ）～（ ）日型（ 順調 ・ 不順 ）

月経持続日数（ ）～（ ）日

経血量（ 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 塊がたくさん出る ）

月経痛（ ひどい ・ がまんできる ・ ほぼない ）

月経痛の症状（ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 嘔気 ・ その他： ）

鎮痛剤の使用（ 使用なし ・ 使用あり ） → 使用薬剤名（ ）

一番最近の月経（ / ）から（ ）日間

その前の月経（ / ）から（ ）日間

今回どのように妊娠されましたか？

自然 ・ 不妊治療 →（ タイミング ・ 人工受精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ）

予定が決まっている方は予定日をご記入下さい。西暦（ ）年（ ）月（ ）日

4.婚姻歴・生活・家族について

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

結婚年齢（ ）歳 再婚年齢（ ）歳

ご本人の飲酒： なし ・ 妊娠後なし ・ 時々飲む ・ 毎日飲む

ご本人の喫煙： なし ・ 妊娠後なし ・ 現在もあり → 日 本

現在の同居者： 夫（パートナー） ・ 子供（ 人）

義父 ・ 義母 ・ 実母 ・ 実父 ・ その他（ ）

夫（パートナー）氏名：（ ） 職業：（ ）

年齢：（ ）歳 喫煙： あり ・ なし

血液型： A ・ B ・ O ・ AB ・ 分からない

健康状態： 良好 ・ 不良（病名： ） 結核罹患歴： あり ・ なし

家族歴

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

5.妊婦健診・分娩について

※ 他院での妊婦健診を希望される方（セミオープン希望）も、34週以降は当院での健診になります。

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 ）

現時点で無痛分娩を希望しますか？ （ はい ・ 検討中 ・ いいえ ）

今後の妊婦健診はどちらで受診されますか？ （ 当院希望 ・ 他院希望 ）

↓ 他院希望の方は以下も記載して下さい

(1) 健診先の病院が決まっており承諾確認をしていますか？ （ はい ・ いいえ ）

(2) 健診先の病院名を記載して下さい。 （ ）

直近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 ・ 受ける予定 ）

受けた方（結果ご持参下さい）→ 検査日 （西暦 年 月） 異常なし ・ 異常あり

受ける予定のある方 → 検査予定日 （西暦 年 月頃）

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。