

産婦人科受診の方へ（問診票）

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	非妊時体重：	kg
必要時病院から連絡してもよい電話番号			(様)

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
腎臓病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
心疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
結核	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
肝臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
脳疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
血液疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
婦人科疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	解熱剤使用歴： <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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	<input type="checkbox"/> 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 【輸血歴】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			

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

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）
 自然流産（ 週 歳） 人工中絶（ 週 歳）

出産日	週数	出生体重	性別	健否	当てはまる項目に○または記載をお願いします	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・高血圧）その他（ ） 分娩：正常・吸引・鉗子 所要時間： 時間 分 出血量： 帝王切開（予定・緊急 手術理由： ） 産褥：正常・高血圧・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・高血圧）その他（ ） 分娩：正常・吸引・鉗子 所要時間： 時間 分 出血量： 帝王切開（予定・緊急 手術理由： ） 産褥：正常・高血圧・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・高血圧）その他（ ） 分娩：正常・吸引・鉗子 所要時間： 時間 分 出血量： 帝王切開（予定・緊急 手術理由： ） 産褥：正常・高血圧・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・高血圧）その他（ ） 分娩：正常・吸引・鉗子 所要時間： 時間 分 出血量： 帝王切開（予定・緊急 手術理由： ） 産褥：正常・高血圧・産後うつ・その他（ ）	

3.月経について

一番最近の月経：（ / ）から（ ）日間 周期：（ ）周期・不規則（ ～ 日）

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 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ）

分娩予定日が決定している方はご記入下さい。西暦（ ）年（ ）月（ ）日

4.婚姻歴・生活について

結婚： 既婚 ・ 未婚 ・ 婚約中（ 年 月頃入籍予定）

結婚回数（ ）回 離婚回数（ ）回

初婚年齢（ ）歳 再婚年齢（ ）歳

ご本人の飲酒歴： なし ・ 妊娠後なし ・ 時々飲む ・ 毎日飲む

ご本人の喫煙歴： なし ・ 妊娠後なし ・ 現在もあり → 日 本

5.夫（パートナー）について

夫（パートナー）氏名：（ ） 年齢（ ）歳

職業：（ ）

喫煙： なし ・ あり

血液型： A ・ B ・ O ・ AB ・ 不明

健康状態： 良好 ・ 不良（病名： ） 結核罹患歴： なし ・ あり

6.家族について

現在の同居者： 夫（パートナー） ・ 子ども（ ）人
実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ その他（ ）

家族歴

Table with 3 columns: 病名, 続柄 (当てはまる方に○をつけてください), and continuation of the previous column. Rows include 糖尿病, 高血圧, 癌, 結核, and その他.

7.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 ）

現時点で無痛分娩を希望しますか？（ はい ・ いいえ ・ 検討中 ）

今後の妊婦健診はどちらで受診されますか？（ 当院 ・ 他院希望 ）
↓ 他院希望の方は下記も記入してください。

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

（2）健診先の病院名を記載してください。（ ）

直近1年以内に、子宮癌検診を受けましたか？（ 受けていない ・ 受けた ）

受けた方（結果をご持参し産科受付へ提出をお願いします）→ 検査日（西暦 年 月 日） 異常なし ・ 異常あり

今回の妊娠において出生前検査の予定はありますか？（ 当院では該当検査は行っておりません。）

（ ある： NIPT ・ クワトロテスト ・ コンバインド検査 ・ 胎児ドッグ ・ なし ）

※すでに検査をしていて結果がある方は、産科受付へ提出をお願いします

母子健康手帳・妊婦健診審査受診票・他院の検査結果をお持ちの方は、問診票記入後に産科受付へ提出をお願いします。

2026年2月