

産科初診問診票

質問は①～⑨まであります。



ID: _____ 分娩予定日 20____年 ____月 ____日 記入日 _____ / _____

① 今回受診された理由についてお聞きします。

分娩を希望： 当院 他院分娩（当院は妊婦健診のみ） セミオープン：施設名 _____ 未定
 無痛分娩を希望 中絶 流産 その他（ _____ ）

② 子宮頸がん検診を受けていますか？ いいえ はい（最終検診 ____年 ____月 異常 あり・なし）

③ 月経についてお聞きします。最終月経： ____月 ____日～ ____月 ____日 月経周期： ____日～ ____日 順 不順

④ ご結婚についてお聞きします。

初婚： ____才の時に結婚 再婚： ____才の時に（ ____ ）回目の結婚
 未婚：入籍の予定 あり（いつ頃： _____）・ なし

⑤ ご自身についてご記入ください。

（フリガナ）

お名前： _____（ ____才）身長： _____ cm 妊娠前の体重： _____ kg

国籍： 日本 その他（ _____：在留カード あり なし）携帯番号： _____

職業： 主婦（以前の職業： _____） 就業者（職業 _____） その他： _____

日本名以外の方はアルファベット表記で名前を記入： _____

※当院で分娩予定の方は、分娩直前はどちらに在る予定ですか？

自宅（現住所） ご実家（市区町村： _____） その他（ _____）
分娩入院のとき、当院まで・・・ タクシー 自家用車 で（ ____分）くらいかかる。

⑥ ご主人、パートナーについてご記入ください。

（フリガナ）

お名前： _____ 男・女・その他（ ____才）身長 _____ cm 同居・別居（ _____ ）

国籍： 日本 その他（ _____：在留カード あり なし）携帯番号： _____

職業： _____ 血液型 ____型 Rh（ ____） 健康 否； _____ 喫煙歴の有無 なし あり

⑦ 緊急時に備え、夫、パートナー以外の方の連絡先を教えてください。※必ずご記入ください。

（フリガナ）

お名前： _____ ご関係： _____ 電話番号： _____

⑧ 今回の妊娠についてお聞きします。

自然妊娠 不妊治療：タイミング・排卵誘発剤・人工授精・体外受精（IVF）・顕微授精（ICSI）・その他
IVF/ICSI 妊娠の場合（新鮮胚移植・凍結胚移植）採卵時年齢（ ____歳）

⑨ 過去の妊娠・分娩についてお聞きします。

妊娠（今回を含め） ____回 分娩 ____回 自然流産 ____回 中絶 ____回 その他（ ____）

出産 年月日	出産時 年齢	妊娠 期間	出生 体重	性別	分娩様式	病院名	分娩 所要時間	入院歴・ 出血量など
西暦 ____年 ____月 ____日	____才	____週	____g	男 女	正常・無痛・吸引・鉗子・誘発 促進・帝王切開・自然流産・人工中絶			
西暦 ____年 ____月 ____日	____才	____週	____g	男 女	正常・無痛・吸引・鉗子・誘発 促進・帝王切開・自然流産・人工中絶			
西暦 ____年 ____月 ____日	____才	____週	____g	男 女	正常・無痛・吸引・鉗子・誘発 促進・帝王切開・自然流産・人工中絶			

～裏面にも質問があります。ご記入をお願い致します～



⑩ 現在までに怪我や病気で治療または入院をしたことがありますか？（精神科、心療内科、カウンセリングを含む）※妊娠とは関係ないと思われることもご記入ください。

年齢	病名	内服薬	病院名	手術	輸血	
才～ 才				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	完治 ・ 治療中
才～ 才				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	完治 ・ 治療中
才～ 才				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	完治 ・ 治療中

⑪ アレルギーはありますか？ いいえ はい（下記に記入）

薬品： 食物： 金属 アルコール ラテックス 造影剤
その他： 喘息：（ 才から 最終発作： 才 薬剤 ）

⑫ タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う（下記に記入）

今も吸っている（ 本/日 喫煙歴 年） 吸っていたがやめた（ 歳から 歳まで 本/日）

⑬ 飲酒についてお聞きます。 飲まない 飲む→日本酒・ビール・焼酎・ワイン ml/日

⑭ ご自分や夫、パートナーの血縁者の方で、ご病気（遺伝性の病気、がん、脳血管疾患、高血圧、糖尿病、精神科疾患、その他）のある方、または他界されている場合はその原因もご記入ください。

あなたは・・・（ ）人兄弟姉妹の（ ）番目

夫・パートナーは・・・（ ）人兄弟姉妹の（ ）番目

↓ 病名、または他界されている場合はその原因をご記入ください。

お子様	才	男・女	同居・別居	健・否：	(スタッフ記入欄)
お子様	才	男・女	同居・別居	健・否：	
お子様	才	男・女	同居・別居	健・否：	
実父	才	同居・別居（ ）在住		健・否：	
実母	才	同居・別居（ ）在住		健・否：	
義父	才	同居・別居（ ）在住		健・否：	
義母	才	同居・別居（ ）在住		健・否：	
()	才	男・女	同居・別居	健・否：	

⑮ 血縁者に先天性股関節疾患の方はいますか？ いいえ はい（続柄： ）

⑯ 出生前検査を知っていますか？知らない知っている（調べたことがある・聞いたことがある）

⑰ 宗教についてお聞きます。

なし あり：宗教名（ ）注意してほしいこと（ ）

⑱ その他、何かありましたらご記入ください。（ ）

⑲ 最後に当院を受診されたきっかけをお聞かせください。（複数選択可）

知人の紹介 他院の紹介 近所に住んでいる SNS 当院のホームページ

広告や案内等 以前受診したことがある その他：

～ご記入ありがとうございました。個人情報の取り扱いには十分注意いたします。～

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務めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード* 保険証のご利用をお願いします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 → 6点
 マイナンバーカード保険証を利用した場合 加算2 → 2点

