

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。

- ☐ 当院分娩・健診希望 ☐ 当院分娩のみ希望(健診は他院) ☐ 他院(里帰り)分娩希望(当院は健診のみ)
☐ セミオープン：施設名(_____) ☐ 妊娠の確認のみ ☐ 遺伝カウンセリングのみ ☐ 未定
☐ 中絶 ☐ 流産 ☐ その他(_____)

◆当院で分娩の方は無痛分娩希望されますか？ ☐ はい ☐ いいえ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

携帯番号： _____ 国籍：☐ 日本 ☐ その他(_____)：在留カード ☐ あり ☐ なし職業：☐ 主婦(以前の職業：_____) ☐ 就業中(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いますか？

- ☐ 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。 ☐ 徒歩(_____)分

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(_____)

携帯番号： _____ 国籍：☐ 日本 ☐ その他(_____)：在留カード ☐ あり ☐ なし職業： _____ 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(ICS)・その他
IVF/ICS 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 ____ 日	____ 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 ____ 日	____ 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 ____ 日	____ 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 | | | | ☐ | ☐ | 完治 ・ 治療中 |
| 才～ 才 | | | | ☐ | ☐ | 完治 ・ 治療中 |
| 才～ 才 | | | | ☐ | ☐ | 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します。☐飲まない ☐飲む→日本酒・ビール・焼酎・ワイン ml/日 ☐今は飲まない
- ⑭ ご家族の状況について下記欄をご記入ください。（健康な方、そうでない方ご家族全員ご記入ください）
- ※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や病名がわかりましたらそちらもご記入ください。
- | 上のお子様 | 才 | 男・女 | 同居・別居 | 健・否： | (スタッフ記入欄) |
|-------|---|----------|-------|------|-----------|
| 上のお子様 | 才 | 男・女 | 同居・別居 | 健・否： | |
| 上のお子様 | 才 | 男・女 | 同居・別居 | 健・否： | |
| 実 父 | 才 | 同居・別居（ ） | 在住・死別 | 健・否： | |
| 実 母 | 才 | 同居・別居（ ） | 在住・死別 | 健・否： | |
| 義 父 | 才 | 同居・別居（ ） | 在住・死別 | 健・否： | |
| 義 母 | 才 | 同居・別居（ ） | 在住・死別 | 健・否： | |
| （ ） | 才 | 男・女 | 同居・別居 | 健・否： | |
- 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
- 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・聞いた・実施したことがある）
- ⑰ 宗教についてお聞きします。
- ☐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。（ ）

～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。

