

問診票 〈産科 受診用〉

氏名 _____

1. ①一番最近の生理はいつからでしたか？ (年 月 日)
 ②生理周期 順調 ()日周期 不順
 ③妊娠前の体重を教えてください。 ()Kg

2. 今までの妊娠・出産の回数を教えてください。(今回の妊娠を含む)

妊娠()回 : 出産()回 : 流産・死産()回 : 人工中絶()回

分娩年月日	分娩時年齢	妊娠週数	分娩方法	出生体重	性別
			経膈分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女
			経膈分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女
			経膈分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女
			経膈分娩・帝王切開・流産・中絶	g	男・女

3. 両親・祖父母・兄弟・姉妹・子(血縁関係のある方)に以下の疾患の方はいますか？

- はい (糖尿病 続柄: 高血圧 続柄: がん 続柄: 遺伝性疾患 続柄:) いいえ

4. これまでに心理的・精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科医院などに相談受診したことがありますか？

- はい 相談・受診場所 () いいえ

5. お仕事はされていますか？

- はい 職業 () いいえ

6. 葉酸または葉酸を含むサプリメントを服用されていますか？

- はい いいえ

開始時期 妊娠前から(年 月頃～) 妊娠後から(年 月頃～)

7. 夫(パートナー)や結婚について

- 既婚 未婚 入籍予定(年 月頃) 再婚

夫(パートナー)氏名:()年齢(歳) 職業()

8. 同居している家族に○をつけてください

夫(パートナー)・子ども()人・実父・実母・義父・義母・その他()

9. 現在同居している人は、たばこを吸いますか？

- はい 誰:() (本/日) いいえ

10. 関係機関(行政機関・保健センター・医師等)と連絡を取らせていただく場合があります。

- 同意する 同意しない

11. 子宮がん検診を受けたことがありますか？

- はい 最後に受けたのはいつですか？(年 月頃) いいえ

はいと答えた方 → 異常あり 異常なし

※ 不安なこと、ご質問などありましたら、お書きください。

問診票

〈婦人科 受診用〉

氏名

1. いつから、どのような症状がありますか？

2. 両親・祖父母・兄弟・姉妹・子(血縁関係のある方)に以下の疾患の方はいますか？

 はい (糖尿病 高血圧 がん 遺伝性疾患) いいえ

3. 生理についてお聞きします。

①初経()歳 閉経()歳

②一番最近の生理はいつからでしたか？ (年 月 日～)

③生理の量 多 中 少④生理周期 順調：()日周期 不順

⑤生理期間中の下記の症状がありますか？

 はい (腰痛 腹痛 吐き気 頭痛) いいえ

4. 性交経験がありますか？

 はい いいえ

5. 妊娠・出産の経験がありますか？

 はい いいえ

妊娠()回	: 自然(経膈)分娩()回	: 帝王切開()回
	: 流産()回	: 人工中絶()回

6. 結婚について

 既婚 未婚 離別 死別

7. お仕事をされていますか？

 はい 職業() いいえ

8. ピル・女性ホルモン剤、サプリメントを飲んでいますか？

 はい 薬剤名() いいえ

9. 子宮がん検診で異常を指摘されたことがありますか？

 はい いいえ

10. 子宮頸がんワクチンを受けたことがありますか？

 はい いいえ

※ 不安なこと、ご質問などありましたらお書きください

