

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 ☐ 高血圧 ☐ がん ☐ 遺伝性疾患) ☐ いいえ
続柄: 続柄: 続柄: 続柄:

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。

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（経腔）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. 子宮がん検診を受けたことがありますか？

☐ はい☐ いいえ

10. 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

11. 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

初めて診察を受けられる方へ

問診室入力
令和 年 月 日

※ ご記入または☒を入れてください

フリガナ		年 齢	体温：℃	脈拍：回/分
氏 名			血圧： / mmHg	
携 帯	-		身長：cm	体重：kg
緊 急 連絡先	氏 名：続 柄：		呼吸数：回	SPO2：%
	電話番号：-			

① 今までにかかった病気(指摘されたことのある病気)がありますか？			☐ はい ☐ いいえ
☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 透析・シャント部位() ☐ 心臓病 ☐ 脳血管疾患 ☐ がん・悪性腫瘍 ☐ 肺疾患 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 膠原病 ☐ 眼の病気 ☐ 耳・鼻の病気 ☐ 胃・腸の病気 ☐ 骨の病気 ☐ てんかん ☐ 甲状腺疾患 ☐ 精神疾患 ☐ その他()			
② 手術を受けたことがありますか？(病名または手術名)	年 齢	医療機関	☐ はい ☐ いいえ
③ 現在飲んでいる薬がありますか？			☐ はい ☐ いいえ
お薬手帳を持参されていますか？			☐ はい ☐ いいえ
④ 薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？			☐ はい ☐ いいえ
薬品名() 症状()			
⑤ 以下のアレルギーはありますか？			☐ はい ☐ いいえ
☐ 食べ物(食品名：) 症状() ☐ アルコール ☐ ゴム・ラテックス ☐ ヨード系 ☐ 金属 ☐ 絆創膏			
⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか？			☐ はい ☐ いいえ
☐ CVポート ☐ 金属ステント ☐ 避妊リング・ペッサリー ☐ 歯のインプラント ☐ ペースメーカー ☐ 植込み型除細動器(ICD) ☐ 人工内耳 ☐ その他()			
⑦ タバコ(電子タバコも含みます)は吸いますか？			☐ はい ☐ いいえ
(歳頃から 本/日) (喫煙歴： 年)			
⑧ お酒は飲みますか？			☐ はい ☐ いいえ
⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、告知を受けたいですか？			☐ はい ☐ いいえ
⑩ 治療上輸血が必要となったときは受けられますか？			☐ はい ☐ いいえ
⑪ 女性の方へお尋ねします。 妊娠中、または可能性はありますか？			☐ はい ☐ いいえ
⑫ かかりつけの歯科があれば教えてください			() 歯科