

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。

初めて診察を受けられる方へ

問診室入力

※ ご記入またはを入れてください

令和 年 月 日

フリガナ		年齢	体温： °C	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? <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 透析・シャント部位() <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳・鼻の病気 <input type="checkbox"/> 胃・腸の病気 <input type="checkbox"/> 骨の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 手術を受けたことがありますか？(病名または手術名)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 現在飲んでいる薬がありますか? お薬手帳を持参されていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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? 薬品名() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 以下のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> 食べ物(食品名:) 症状() <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> ヨード系 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 体内・体外に留置している医療機器がありますか? <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> 避妊リング・ペッサリー <input type="checkbox"/> 歯のインプラント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> リブレ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 喫煙歴はありますか？(電子タバコも含みます) (歳頃から 本/日) (喫煙歴： 年)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ お酒は飲みますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ がんなどの悪性の病気が分かった場合、自分で病状説明を聞きますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 必要時、輸血を受けますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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