※1～3枚目まで　記載してください。

産科問診票

記入日　　年　　月　　日

病院記入欄
医師署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿　□登録
看護師署名：＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
●氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　●生年月日：西暦＿＿年＿＿月＿＿日　年齢（　　）歳
●身長：（　　）cm　●普段の体重：（　　）kg　BMI：　※スタッフ記入
●血液型：（　　）型　Rh（　　）
●職業：　有（職種：　　）　・　無（以前の職種：　　）
●結婚歴：　既婚（　　歳）・　未婚　・　離婚（　　歳）
●住所：

●電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　●ご本人の携帯電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
●連絡先

氏名	本人との関係	住所	電話番号
①			
②			
③			

●今回受診された理由について記入して下さい。
（　　）

●妊娠・分娩歴について記入して下さい。　例）自然分娩、帝王切開、自然流産、人工妊娠中絶

分娩年月日（西暦．月．日）	年齢	妊娠週数	分娩様式	こどもの体重	性別	病院名	妊娠分娩産褥期の異常の有無	こどもの健康状態
例）2010．1．1	34	40	自然分娩	3000	男	こども病院	切迫早産で入院	健康
①								
②								
③								
④								
⑤								

●今回の妊娠について記入して下さい。
不妊検査治療の既往：　無　・　有（内容　　）
今回の不妊治療：　無　・　有（内容　　）
最終月経：＿＿＿年＿＿月＿＿日（＿＿日間）
通常の月経：（ 不順 ・ 順 ：＿＿日～＿＿日）（月経量： 少 ・ 中 ・ 多 ）
分娩予定日：＿＿＿年＿＿月＿＿日
最終月経から今までに飲んだ薬：　無　・　有（薬品　　）
妊娠した時の気持ちを教えて下さい。
（　　）

●アレルギー歴について記入して下さい。

・食物アレルギー（　有　・　無　）

「有」の場合は当てはまる項目にチェックし（　）内に症状を記入して下さい。

□鶏卵（　　）　□牛乳（　　）　□小麦（　　）　□えび（　　）

□かに（　　）　□ピーナッツ（　　）□そば（　　）　□大豆（　　）

□ゼラチン（　　）　□その他（　　）

・薬剤アレルギー（　有　・　無　）

「有」の場合は薬剤名、症状を記入して下さい。

（薬品名：　　症状：　　）

・その他のアレルギー（　有　・　無　）

「有」の場合は当てはまる項目にチェックし（　）内に症状を記入して下さい。

□金属（　　）　□ラテックス、ゴム（　　）　□絆創膏（　　）

□アルコール剤（　　）　□その他（　　）

●今までにかかった病気について記入して下さい。

・アナフィラキシー（強いアレルギー症状）を起こしたことはありますか?　（　有　・　無　）

アナフィラキシーの原因（食品、薬剤など）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・麻酔、手術時に何らかの症状が出現したことはありますか？　（　有　・　無　）

（　　）歳：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・造影剤による何らかの症状が発現したことはありますか？　（　有　・　無　）

（　　）歳：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・先天奇形、遺伝病はありますか？　（　有　・　無　）

（　　）歳：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・出血性の病気（本人、家族が手術時の大量出血があった、止血に時間がかかったなど）はありますか？

（　有　・　無　）

（　　）歳：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・輸血をしたことはありますか？　（　有　・　無　）

（　　）歳：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●今までに指摘されたことのある病気について記入して下さい。

□高血圧　□糖尿病　□腎疾患　□心疾患　□甲状腺疾患　□肝炎　□自己免疫性疾患

□脳梗塞　□脳内出血　□てんかん　□精神疾患　□血液疾患　□悪性腫瘍　□血栓症

□その他（病名：　　）

該当する病気の発症年齢と治療状況を記入してください。

年齢	病名	治療状況

●ご家族構成について記入して下さい。

※同居者に〇印をつけて下さい。（　）内に年齢、続柄を記入して下さい。

夫：氏名（　　）　年齢（　　歳）　身長（　　）㎝　血液型（　　）型 Rh（　　）

職業（　　）　血族結婚（　有　・　無　）

こども（　　）

実父（　　歳）　義父（　　歳）

実母（　　歳）　義母（　　歳）

実兄弟（　　）義兄弟（　　）

●ご家族の健康状態について記入して下さい。

高血圧（　　）　糖尿病（　　）

心疾患（　　）　癌　（　　）

先天性疾患（　　）　遺伝疾患（　　）

その他（　　）

●下記の項目で当てはまるものがあれば記入して下さい。　例）視力障害：コンタクト装着など。

視力障害（　　）　義歯（　　）　聴力障害（　　）

運動障害（　　）　その他（　　）

●嗜好品について記入して下さい。

・喫煙歴はありますか？　（　無　・　有　）　喫煙年数：＿＿＿歳から＿＿＿歳

喫煙本数：＿＿＿本／日

妊娠後 ＿＿＿本／日

・飲酒歴はありますか？　（　無　・　有　）　飲酒回数：妊娠前 ＿＿＿回／週

妊娠後 ＿＿＿回／週

●排泄状況について記入して下さい。

排尿回数（　回／日）　排便回数（　回／日）

下剤の使用（ 無 ・ 有 ：薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

●宗教について記入して下さい。

無　・　有（　　）

宮城県立こども病院　産科外来