

## 産科問診票

病院記入欄 ( / )

医師署名 \_\_\_\_\_

看護師署名 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日 ※1～3枚目まで、記載して下さい。

ふりがな

- 氏名 \_\_\_\_\_ ●生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 年齢 ( ) 歳
- 身長 ( ) cm ●今回の妊娠前の体重 ( ) kg ●血液型 ( ) 型 Rh ( )
- 職業 有 (職種： ) ・ 無 (以前の職種： ) 勤務時間 ( 常勤 ・ シフト制 )  
産休取得予定 ( 無 ・ 有 ・ 未定 ) 育休取得予定 ( 無 ・ 有 (期間： ) ・ 未定 )
- 結婚歴 既婚 ( 歳 ) ・ 未婚 (入籍予定 無 ・ 有 / ) ・ 離婚歴 ( 無 ・ 有 )
- 住所 \_\_\_\_\_

●電話番号 \_\_\_\_\_ ●本人の携帯番号 \_\_\_\_\_

●連絡先 (優先順で2名以上記入して下さい)

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。

( \_\_\_\_\_ )

●今回の妊娠について記入して下さい。

分娩予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

最終月経： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_ 日間)

通常の月経周期： ( 不順 ・ 順 : \_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_ 日 ) (月経量： 少 ・ 中 ・ 多 )

不妊検査・治療歴はありますか。(無・有) ( \_\_\_\_\_ )

今回の妊娠方法： 自然妊娠 タイミング法 排卵誘発 人工授精 体外受精 顕微受精  
卵子提供 (無・有) 精子提供 (無・有) 凍結胚移植 (無・有)

●最終月経から今までに飲んだ薬剤はありますか？ ( 無 ・ 有 )

(薬剤名： \_\_\_\_\_ )

●妊娠した時の気持ちを教えて下さい。(例：嬉しい、驚いた、戸惑った、不安等)

( \_\_\_\_\_ )

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

分娩年月日	分娩時年齢	分娩週数	分娩様式	出生体重	性別	病院名	妊娠分娩産褥期の異常の有無	現在の健康状態
例) 2020.1.1	34	40	経膈分娩	3000	男	こども病院	児 心疾患、切迫早産で入院	当院通院中
①								
②								
③								
④								
⑤								
⑥								

## ●今までにかかった病気についてお聞きします。

- ・婦人科疾患（子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、子宮奇形、卵巣嚢腫等）を指摘されたことはありますか。

年齢	病名	病院名	治療内容・期間・通院の有無

- ・上記以外の病気を指摘されたことはありますか。

年齢	病名	病院名	治療内容・期間・通院の有無
例)5歳	喘息	〇〇医院	発作時は吸入している。最終発作 14 歳。

- ・体内への埋め込み金属はありますか。（無・有）
- ・入れ墨、タトゥーはありますか。（無・有）
- ・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？（無・有（症状：\_\_\_\_\_））
- ・輸血をしたことはありますか？（無・有）
- ・心療内科・精神科の受診・心理カウンセリングを受けたことがありますか？（無・有）

[ \_\_\_\_\_ ]

## ●アレルギー歴について記入して下さい。有の場合、項目にチェックし（ ）内に症状を記入して下さい。

- ・食物アレルギー（無・有）
  - 鶏卵（ ） □牛乳（ ） □小麦（ ） □ピーナッツ（ ） □ゼラチン（ ） □そば（ ）
  - えび（ ） □かに（ ） □大豆（ ） □その他（ ）
- ・薬剤アレルギー（無・有）（薬品名：\_\_\_\_\_ 症状：\_\_\_\_\_）
- ・その他のアレルギー（無・有）
  - 金属（ ） □アルコール剤（ ） □ラテックス、ゴム（ ）
  - 絆創膏（ ） □造影剤（ ） □その他（ ）
- ・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？（無・有）  
（アナフィラキシーの原因（食品、薬剤など）：\_\_\_\_\_）

## ●嗜好品について記入して下さい。

- ・喫煙歴はありますか？ 本人（無・有） 喫煙年数：\_\_\_\_\_歳から\_\_\_\_\_歳 喫煙本数：\_\_\_\_\_本/日  
妊娠後：\_\_\_\_\_本/日
- 夫・パートナー・同居人（無・有） 喫煙本数：\_\_\_\_\_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

## ●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：眼鏡・コンタクト装着など

義歯（ ） 運動障害（ ） 視力障害（ ） 聴力障害（ ）

## ●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）

## ●ご家族構成について記入して下さい。※同居している全ての人に○印をつけて下さい。

夫/パートナー：氏名（ ）年齢（ 歳）身長（ ）cm 血液型（ ）型 Rh（ ）  
 職業（ ） 休日（ 土日・不定期 ） 夜勤（ 無・有 ）  
 育休取得予定（ 無・有(期間： )・未定 ）  
 こども（例：5歳長男 ）

実父（ 歳） 職業（ 無・有(職種： ) ）居住地（ ）  
 実母（ 歳） 職業（ 無・有(職種： ) ）居住地（ ）  
 実兄弟姉妹（例：姉○歳 ）

義父（ 歳） 職業（ 無・有(職種： ) ）居住地（ ）  
 義母（ 歳） 職業（ 無・有(職種： ) ）居住地（ ）  
 義兄弟姉妹（例：姉○歳 ）

## ●ご家族は今回の妊娠に対してどのような反応でしたか？（例：嬉しい、驚いた、戸惑った、不安等）

[ ]

## ●ご家族の健康状態について記入して下さい。続柄でお書きください。

高血圧（ ） 糖尿病（ ）  
 心疾患（ ） 癌（ ）  
 先天性疾患（ ） 遺伝疾患（ ）  
 その他（ ）

## ●妊娠中のサポートについて記入して下さい。

外来通院の送迎を手伝ってくれる人は誰ですか？

夫/パートナー 実母 実父 義母 義父 その他（ ）

入院中に自分や家族をサポートしてくれる人は誰ですか？

夫/パートナー 実母 実父 義母 義父 その他（ ）

## ●産後について記入して下さい。

産後の生活拠点はどちらですか？

自宅 実家 義実家 期間（ ）

産後、育児を手伝ってくれる人は誰ですか？

夫/パートナー 実母 実父 義母 義父 その他（ ）

産後、通院の送迎を手伝ってくれる人は誰ですか？

夫/パートナー 実母 実父 義母 義父 その他（ ）

## ●今回の妊娠・分娩・産後の生活でご自身や家族のことで不安なことはありますか？

[ ]