

ID: _____

<産婦人科問診票>

記入年月日: 年 月 日

ふりがな	生年月日・年齢		身長	体重	(妊婦の方)妊娠前体重
氏名	昭和 平成 令和 年 月 日 歳		cm	kg	kg
住所	〒(-)				
電話番号	自宅:		携帯:		
職業	喫煙の習慣		なし・あり・やめた		
血液型	()型 Rh(+ ・ -)	※喫煙ありの場合	()歳から()本/日		
性交経験	なし・あり		飲酒の習慣	なし・あり(週に 回)	
感染症の有無	なし・あり → B型、C型肝炎ウイルス・梅毒・HIV・その他()				
子宮頸がんワクチン接種	なし・あり				

◆月経について

初経()歳
閉経()歳

月経がある方

- 最近6ヶ月の月経は? おおむね順調・不順
- 何日周期ですか? ()日周期
- 出血は何日間ありますか?()日間
- 月経量は? 多い・普通・少
- 月経痛は? 重・中・軽
- 月経痛の症状は? 下腹痛・腰痛・頭痛
吐き気・その他()

◆結婚について

- 未婚 結婚の予定がある
- 結婚している 結婚年月: 西暦()年()月 ※ご主人の年齢()歳
- 再婚である 再婚年月: 西暦()年()月 血液型()型
- 離婚した 離婚年: 西暦()年
- 死別した

◆今までの妊娠、出産について

妊娠したことはありますか?(あり・なし)

「あり」と答えた方はご記入ください

①妊娠回数【 】回→出産()回 流産()回 中絶()回

②出産について

・早産(なし あり) ・帝王切開(なし あり { 回 })

◆アレルギーについて

薬	なし・あり	薬剤名()→症状()
		薬剤名()→症状()
食物	なし・あり	種類()→症状()
		種類()→症状()
その他	なし・あり	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ラテックス(ゴム) <input type="checkbox"/> ダニ
		<input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> その他()

裏に続きます

◆今までの健康状態について

①病気の経験が [なし ・ あり]

「あり」と答えた方は、下記のあてはまる病気に☑チェックしてください

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐甲状腺疾患 ☐婦人科疾患 ☐膠原病
☐がん ☐精神疾患 ☐心療内科受診歴 ☐喘息 ☐花粉症 ☐アトピー ☐その他

上記の病気について詳しくご記入ください ※使用中のお薬がある方は、お薬手帳をお出しください					
病名	発症年齢	手術の有無	病院・医院名	現在の通院	内服の有無
	歳	なし・あり		なし・あり	なし ・ あり()
	歳	なし・あり		なし・あり	なし ・ あり()
	歳	なし・あり		なし・あり	なし ・ あり()
	歳	なし・あり		なし・あり	なし ・ あり()

②輸血をうけたことが [なし ・ あり]

◆ご家族について

血縁関係にある方で、下記の病気の方が[いない ・ いる]

「いる」と答えた方は、どなたかとあてはまる疾患名に○をつけてください	
続柄()	→病名：高血圧・糖尿病・子宮がん・卵巣がん・乳がん・その他のがん()
続柄()	→病名：高血圧・糖尿病・子宮がん・卵巣がん・乳がん・その他のがん()
続柄()	→病名：高血圧・糖尿病・子宮がん・卵巣がん・乳がん・その他のがん()

◆45歳以下の方は、下記についてもお答えください

①これまでの分娩について

	西暦年、月	妊娠方法	分娩方法	週数	性別	出生体重	分娩施設名
1	年 月	自然 ・ 治療	経膈・帝王切開		男 ・ 女	g	当院・他院()
2	年 月	自然 ・ 治療	経膈・帝王切開		男 ・ 女	g	当院・他院()
3	年 月	自然 ・ 治療	経膈・帝王切開		男 ・ 女	g	当院・他院()
4	年 月	自然 ・ 治療	経膈・帝王切開		男 ・ 女	g	当院・他院()

②同居されている方で喫煙者は [いない ・ いる →どなたですか？]

記入後は、受付にご提出ください。ありがとうございました。