

産科問診票

記載日

ID: _____

(フリガナ)

お名前 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

[今回の妊娠について]

- ・妊娠判定をされましたか? いいえ はい:判定結果 陽性(判定日 /) 陰性
- ・今後の方針 出産 悩み中
- ・その他(_____)

出産希望される方

- 当院での妊婦健診の希望: あり なし
- 出産を予定している病院: 東京リバーサイド病院(セミオープン)
- *リバーサイド病院希望される方 → 無痛分娩を希望されますか? はい いいえ
- 里帰り出産を考えている(里帰り先: _____)
- 未定

- [月経歴] ・最終月経: _____月 _____日~ _____月 _____日 順調(_____日型) 不順(_____日~ _____日)
- ・不妊治療: なし あり(治療内容・期間: _____)
- (受診されていた病院: _____)

- [結婚歴] ・ 結婚(_____歳) 未婚 入籍予定
- ・ご主人/パートナーの年齢(_____歳)

- [妊娠分娩歴] 今までに妊娠したことはありますか? なし あり

- ・今までの妊娠回数 _____回 そのうち、出産 _____回 自然流産 _____回 人工中絶 _____回
- ・そのほかの異常妊娠(例:子宮外妊娠、 _____)
- ・出産した時の状況について教えてください。

妊娠期間中の病気があった場合、(A 切迫早産 B 妊娠糖尿病 C 妊娠高血圧症候群 D 感染症など)に○をつけてください。

出産年齢	児の性別	週数	出生体重	分娩方法	妊娠期間中の病気(ありの場合は○)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(A・B・C・D)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(A・B・C・D)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(A・B・C・D)
歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	週	g	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(A・B・C・D)

- [既往歴] 今までかかったことのある病気についてお書きください(例:15歳 不安症、20歳 盲腸など)

- ・かかったことのある病気 なし あり(_____)
- ・入院したこと なし あり(_____)
- ・気持ちの落ち込み、不安が強い等で受診したこと なし あり(_____)
- ・子宮頸がん検診について 受けていない 受けた(いつ頃ですか? _____)
- (結果異常: あり・なし)
- ・過去に受けた子宮頸がん検査・検診で、異常を指摘されたことはありますか?
- いいえ はい(受診された病院: _____)
- ・血縁者に先天性股関節疾患の方はいますか? いいえ はい(続柄 _____)

[内服] 現在内服している薬 なし あり(薬の名前: _____)

本日お薬手帳はお持ちですか なし あり

[アレルギー] 食べ物 なし あり (例:ソバ、花粉など _____)

薬 なし あり (例:ロキソニンなど _____)

喘息 なし あり (最終発作: _____ 歳、現在使用している薬: _____)

その他 なし あり (例:金属、ラテックス _____)

[生活歴] 飲酒 なし あり →ありの方は飲酒量(_____ ml/日)

喫煙 なし あり →ありの方は喫煙量(_____ 本/日 喫煙歴: _____ 年)

ご主人/パートナーの喫煙 なし あり →ありの方は喫煙量(_____ 本/日 喫煙歴: _____ 年)

[家族歴] 血縁者に高血圧、糖尿病、癌のかた なし あり (続柄: _____)

(病名: _____)

* 最後に今回の妊娠について、該当するところに•をつけてください

- 出生前診断について考えている いいえ はい
- 経済的な不安がある、または経済的に相談したいことがある いいえ はい
- 妊娠してから、気分が落ち込んだり不安が強くなることもある いいえ はい

* ご不明な点は看護師にお問い合わせください*

~ご記入後は看護師へお渡しください~