

産科問診票

氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日	歳
職業		身長	cm	体重：妊娠前	kg	現在	kg	紹介状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

1 現在自覚する症状はありますか <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 帯下 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> その他：
2 月経について 初経年齢（初めて月経） 歳 周期 日～ 日 <input type="checkbox"/> 概ね順調 <input type="checkbox"/> 不順 最終月経（直近で月経がはじまった日をご記入下さい） 月 日から 日間
3 妊娠反応検査をご自身または他院で行いましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他院 検査日 月 日・分娩予定日 年 月 日（他院で確認済） 妊娠であれば、出産を希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 出産場所は決めていますか <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 里帰り他院 <input type="checkbox"/> 検討中 ※当院でのご出産を希望の場合は、予約金として 妊娠16週までに15万円 の納金が必要になります
4 今回の妊娠成立までの経過について <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊症治療妊娠（治療内容： 治療病院：)
5 現在の婚姻（パートナー）関係について <input type="checkbox"/> 初婚（ 歳時） <input type="checkbox"/> 回目の結婚（ 歳時） <input type="checkbox"/> 未婚（ <input type="checkbox"/> 入籍予定 <input type="checkbox"/> 入籍予定なし） 夫またはパートナーと同居していますか <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ 在住） <input type="checkbox"/> 同居予定あり <input type="checkbox"/> 同居予定なし 夫またはパートナーについて 年齢： 歳 職業：
6 過去に喘息と診断された事がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終発作： 歳
7 今までに指摘されたことのある病気はありますか <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> その他：
8 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患はありますか <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> 卵巣腫瘍 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮頸部異形成 <input type="checkbox"/> その他：病名
9 過去に手術（美容形成や乳房形成を含む）や、放射線治療を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名： 術式： 病名： 術式： 病名： 術式：

10 現在服用している。または過去に処方服用されていた薬はありますか

なし

あり（睡眠剤・抗不安薬・向精神薬 その他： _____）

11 現在治療を受けている病気、服用している薬はありますか

なし

あり 病名： _____ 服用薬剤： _____
病名： _____ 服用薬剤： _____
病名： _____ 服用薬剤： _____

12 何かアレルギーはありますか

なし

あり 対象： _____ 症状： _____
対象： _____ 症状： _____
対象： _____ 症状： _____
対象： _____ 症状： _____

13 過去の妊娠・出産について

妊娠歴		妊娠・分娩の経過及び新生児について						
1回目	分	歳	<input type="checkbox"/> 経腔	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠
	娩	病院： _____	出血量	g	介入： <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> クリステル）		
	児	週	日	出生体重	g	出生時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： _____		
2回目	分	歳	<input type="checkbox"/> 経腔	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠
	娩	病院： _____	出血量	g	介入： <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> クリステル）		
	児	週	日	出生体重	g	出生時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： _____		
3回目	分	歳	<input type="checkbox"/> 経腔	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠
	娩	病院： _____	出血量	g	介入： <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> クリステル）		
	児	週	日	出生体重	g	出生時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： _____		
4回目	分	歳	<input type="checkbox"/> 経腔	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠
	娩	病院： _____	出血量	g	介入： <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> クリステル）		
	児	週	日	出生体重	g	出生時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： _____		
5回目	分	歳	<input type="checkbox"/> 経腔	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 中絶	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠
	娩	病院： _____	出血量	g	介入： <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> クリステル）		
	児	週	日	出生体重	g	出生時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： _____		

14 13に記載の妊娠・出産歴のなかで、指摘されたことのあるものはありますか

切迫流産 切迫早産 常位胎盤早期剝離 ヘルプ症候群 分娩時大量出血
妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病

15 13に記載した出産歴の中で、指摘されたことのあるものはありますか

肩甲難産 B群溶連菌（GBS）感染症 新生児仮死
その他： _____

16 あなたのご両親・兄弟について、指摘されているもしくは過去に指摘されていた方がいますか

- 実父 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 そのた遺伝子疾患 (病名:)
- 実母 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 そのた遺伝子疾患 (病名:)
- 夫 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 そのた遺伝子疾患 (病名:)
- 第1子 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 そのた遺伝子疾患 (病名:)
- 第2子 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 そのた遺伝子疾患 (病名:)
- 第3子 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症 そのた遺伝子疾患 (病名:)

17 たばこ(電子タバコ含む)は吸いますか

- 吸わない 以前吸っていた 現在吸っている (本/日程度)

18 お酒は飲みますか

- のまない 時々飲む ほぼ毎日のむ (ビール350ml 本/ 日/週)

19 今までにカウンセラーや心療内科・精神科などに自分の相談をしたことがありますか?

- なし
あり
これから相談したい(その内容:)

20 妊娠が分かった時の気持ちはいかがでしたか?

- 嬉しかった 困った 複雑なきもち 不安 その他:

21 妊娠・出産その後の育児・授乳において不安や心配がありますか?

- なし
あり:

22 周囲に相談できる人はいますか?

- いる
いない

23 妊娠中や産後や育児にサポートしてくれる人はいますか

- いる (夫 実母 義母 姉妹 その他;)
いない

24 当院を受診しようと思ったきっかけは何ですか

- 医療機関からの紹介 当院ホームページ WEB広告 自治体広告 知人の紹介
前回出産 近いから JMA職員 自治体広告(子育て冊子など)
その他:

25 来院時、【マイナ保険証】(マイナンバーカードを保険証として利用)をお持ちですか?

- はい いいえ

26 【マイナ保険証】をお持ちの場合、【マイナ保険証】による診療情報取得に同意しましたか

- はい いいえ

当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 6点 加算2 2点(マイナンバー保険証を利用した場合)