

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(口吸引 口鉗子 口クリステル)		
	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(口吸引 口鉗子 口クリステル)		
	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(口吸引 口鉗子 口クリステル)		
	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(口吸引 口鉗子 口クリステル)		
	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(口吸引 口鉗子 口クリステル)		
	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 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> そのた遺伝子疾患（病名： <input type="text"/> ） 実母 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> そのた遺伝子疾患（病名： <input type="text"/> ） 夫 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> そのた遺伝子疾患（病名： <input type="text"/> ） 第1子 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> そのた遺伝子疾患（病名： <input type="text"/> ） 第2子 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> そのた遺伝子疾患（病名： <input type="text"/> ） 第3子 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> そのた遺伝子疾患（病名： <input type="text"/> ）
17	たばこ（電子タバコ含む）は吸いますか <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 現在吸っている（ <input type="text"/> 本/日程度）
18	お酒は飲みますか <input type="checkbox"/> のまない <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほぼ毎日のむ（ビール350ml <input type="text"/> 本/ <input type="text"/> 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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> これから相談したい（その内容： <input type="text"/> ）
20	妊娠が分かった時の気持ちはいかがでしたか？ <input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 複雑なきもち <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他： <input type="text"/>
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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="text"/>
22	周囲に相談できる人はいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いる（ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> その他； <input type="text"/> ） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> WEB広告 <input type="checkbox"/> 自治体広告 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 前回出産 <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> JMA職員 <input type="checkbox"/> 自治体広告（子育て冊子など） <input type="checkbox"/> その他： <input type="text"/>
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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)