

産科問診票

診察券登録番号 _____

お名前: _____ (才) 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

本日の血圧 _____ / _____ 体重 _____ k g

※血圧体重計がありますので測定お願いします。

I. 本日来院された理由 来院の理由を下から選んで○で囲んでください。

1. 分娩希望
2. 当院での里帰り分娩希望
3. 中絶希望
4. その他（具体的にお書きください）:

II. 月経について

1. 月経は順調ですか（はい・いいえ）
2. 月経周期（ ）日型
3. 初潮年齢（ ）歳
4. 最終月経（ ）月（ ）日から（ ）日間

III. 今回の妊娠について

1. 当てはまるものを○で囲んでください。
 - 1) 自然妊娠
 - 2) 不妊治療（timing法、排卵誘発、人工授精、体外受精、顕微授精、凍結胚移植、その他）
2. 分娩予定日はいつですか（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 不明 ）

IV. あなた自身のことについて

1. 1) 職業（ ） 2) 出勤時間（ ） 3) 帰宅時間（ ）
2. 1) 結婚(入籍)されていますか（はい・いいえ） 2) 結婚したのは（ ）歳
- 3) 婚姻歴（初婚・再婚）
3. 血族結婚（いとこ同士など）ですか（いいえ・はい）
4. 未婚の方にお尋ねします。入籍の予定はありますか（ない・あり・・・ 頃）
5. 現在、もしくは今までに精神疾患を指摘されたり、診療科カウンセリングを受けたことはありますか（ない・ある・・・ ）
6. 現在、内服中の薬はありますか（ない・ある）（薬品名： _____ ）
7. 現在、タバコは吸われますか（いいえ・はい・・・一日 _____ 本位）
8. 妊娠前はタバコを吸われましたか（いいえ・はい・・・一日 _____ 本位）
9. 現在、お酒は飲まれますか（いいえ・はい・ときどき・ほぼ毎日一日 _____ を _____ ml位）
10. 妊娠前はお酒を飲まれましたか（いいえ・はい・・・ときどき、ほぼ毎日）
11. あなたの身長（ ）cm、体重（ ）kg、妊娠前の体重（ ）kg

V. 過去の妊娠について

1. 今回が初めての妊娠ですか（はい・いいえ）
2. 過去に妊娠した経験ある方は、今までの分娩やその他の妊娠についてお聞きします。

※ 流産や中絶についても記入してください

回数	例	1	2	3	4	5	6
分娩年月日	H18. 5. 10						
週 数	40 週 2 日						
分娩方法	自然						
産後の経過	良						
男 ・ 女	女						
出生体重	3320 g						
児の健康状態	良						
分娩場所	さいたま赤十字						
特記事項							

3. 過去に妊娠した経験ある方で以下のことがありましたら、○で囲んでください。

- 1) 早産 2) 妊娠高血圧症候群 3) 常位胎盤早期剥離 4) 分娩時大量出血
5) その他：

VI. 夫またはパートナーについて

1. 氏名 _____ (_____ 歳)

2. 1) 職業 (_____) 2) 出勤時間 (_____) 3) 帰宅時間 (_____)

3. タバコは吸われますか (いいえ ・ はい・・・一日 _____ 本位)

4. お酒は飲まれますか (いいえ ・ はい・・・一日 _____ を _____ ml 位)

5. 血液型はわかりますか (いいえ ・ はい・・・ A ・ B ・ O ・ AB 型)

6. 家事・育児についての手伝いはありますか (はい ・ ときどき ・ いいえ)

vii. ご家族について

1. 1) 実母は何回お産をしていますか (_____) 回

2) 実母のお産のとき、何か異常はありましたか (いいえ ・ はい・・・)

2. 実両親のお住まいはどちらですか (_____)

3. 義理両親のお住まいはどちらですか (_____)

viii. その他 1

1. 妊娠がわかった時の気持ちを教えてください

(とても嬉しかった・予想外だが嬉しかった・わからない・困った・とても困った)

2. 経済的な不安や生活が苦しいなどありますか (はい ・ いいえ)

3. あなたの産後のサポートについてお伺いします。

1) サポートしてくれる人はだれですか (_____)

2) 産後はどちらに帰られますか (自宅 ・ 実家 ・ 義理実家 ・ その他： _____)

3) どのくらいの期間、サポートしてくれる予定ですか (_____)

4. 夫の立ち会い分娩を希望しますか (いいえ ・ はい)

(希望の場合はペアレンツサークルを予約し、必ず受講してください)

IX. その他 2

重複する質問もありますが、お答えください。

1. 職業 (専業主婦、VDT 使用業務 (ワープロ・パソコンを多用する事務)、有機溶剤取り扱い、放射線取り扱い、麻酔科医、手術室看護師、その他: 具体的に・・・)

2. 妊娠 16 週未満の喫煙: 無/有 (本/日)

3. 妊娠 16 週未満の飲酒: 無/少量/中等量/多量

*中等量とは清酒一合、ビールは大瓶 1 本、ウイスキーはダブル 1 杯、ワインはグラス 2 杯程度

4. 妊娠 16 週未満の発熱 (38 度以上): 無/有

5. 妊娠 16 週未満の感染: 無/有 (ウイルス性、非ウイルス性、不明)

6. 妊娠 16 週未満の内服薬: 無/有 (薬剤名・・・)

*一週間以上内服したもの

7. 妊娠 16 週未満の性器出血: 無/有

8. 妊娠 16 週未満の腹部放射線被曝: 無/有

9. 妊娠 16 週未満のインフルエンザ関連 (罹患なし、罹患あり、ワクチン接種あり、治療あり (薬剤・・・))

*1-4 複数チェック可

10. 妊娠 12 週未満の葉酸含有サプリメントの服用: 無/有 (妊娠前開始/妊娠後開始)