

産科問診票

診察券 登録番号：_____

記入日：_____年 _____月 _____日 お名前：_____

身長：_____ c m

本日の体重：_____ k g (妊娠前の体重：_____ k g)

本日の血圧：_____ / _____ mm H g

最終月経：_____年 _____月 _____日

以下の当てはまる項目は□にチェック、および下線には記載をお願いします

I. 本日来院された理由

- ☐ 当院での妊婦健診および分娩希望
☐ 当院での院内助産を利用した妊婦健診および分娩希望
☐ セミオープンシステムを利用した当院での分娩希望
☐ 当院での里帰り分娩希望
☐ その他（具体的にお書きください）：_____

II. 過去の妊娠について (下の表に自然流産・人工妊娠中絶も含め記入してください)

回数	記入例	1	2	3	4	5
分娩年月日	2018. 5. 10					
週 数	40 週 2 日					
分娩方法	自然経膣					
産後の経過	良					
性別/出生体重	女兒 3320 g					
児の健康状態	良					
分娩場所	さいたま赤十字					

診断された合併症など；

- ☐ 早産 ☐ 切迫早産 ☐ 切迫流産 ☐ 妊娠高血圧症候群
☐ 妊娠糖尿病・糖尿病 ☐ 子宮内胎児発育不全 ☐ 常位胎盤早期剥離
☐ 分娩時大量出血 ☐ その他：_____

III. あなた自身のことについて

1. ☐ 結婚している (☐ 初婚 ☐ 再婚) ☐ 入籍予定 (____月頃) ☐ 入籍予定なし
2. 現在、内服中の薬剤の有無: ☐ ない ☐ ある: 薬品名 _____
3. 現在、治療中の病気の有無: ☐ ない ☐ ある: 診断名 _____
4. 本人・親族の遺伝病の有無: ☐ ない ☐ ある: 診断名 _____
5. 今まで精神疾患を指摘されたことや心療科カウンセリングを受診したことはありますか:
☐ いいえ ☐ はい: 診断名など _____

IV. 夫またはパートナーについて

1. お名前: _____ (____ 歳)
2. 職 業: _____ (出勤時間: _____ 帰宅時間: _____)
3. 血液型: ☐ A型 ☐ B型 ☐ O型 ☐ AB型
4. 家事を手伝ってくれますか: ☐ いいえ ☐ はい (週に ____ 回くらい)
5. 育児を手伝ってくれますか: ☐ いいえ ☐ はい (週に ____ 回くらい)

V. ご家族について

1. 実両親のお住まいはどちらですか: _____ (ご自宅から ____ で ____ 分)
2. 義理両親のお住まいはどちらですか: _____ (ご自宅から ____ で ____ 分)

VI. その他

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の心配などがありますか ☐ はい ☐ いいえ
3. 産後のサポートについてお伺いします。
 - サポートしてくれる人はどなたですか: _____
 - 産後はどちらに帰られますか:
☐ 自宅 ☐ 実家 ☐ 義理実家 ☐ その他: _____
 - どのくらいの期間、サポートしてもらえる予定ですか: _____
4. 夫の立ち会い分娩を希望しますか ☐ はい ☐ いいえ

➤ 立ち会い分娩を希望する場合はペアレンツサークルの受講が必要です。

以下の当てはまる項目は□にチェック、および下線には記載をお願いします

血族結婚； ☐ なし ☐ あり

職業；

- ☐ 専業主婦 ☐ 通常事務 ☐ VDT 使用事務（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
☐ その他；職業内容をなるべく具体的に（_____）

喫煙（1 日量・妊娠 16 週未満）；

- 本人； ☐ なし ☐ 1～20 本 ☐ 21 本以上
夫・パートナー； ☐ なし ☐ 1～20 本 ☐ 21 本以上 ☐ 本数不明

飲酒（1 日量・妊娠 16 週未満）； ☐ なし ☐ 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

発熱（妊娠 16 週未満）；

- 38 度以上の発熱； ☐ なし ☐ あり
感染症； ☐ なし ☐ あり（診断名；_____）
原因； ☐ ウイルス性 ☐ 非ウイルス性 ☐ 不明

内服薬（妊娠 16 週未満に 1 週間以上内服したもの）；

- ☐ なし ☐ あり（薬剤名；_____）

性器出血（妊娠 16 週未満）； ☐ なし ☐ あり（診断名；_____）

腹部放射線被曝（妊娠 16 週未満）； ☐ なし ☐ あり（検査の種類；_____）

妊娠 16 週未満のインフルエンザ関連（複数チェック可）；

- ☐ インフルエンザにかかっていないし、ワクチンも接種していない
☐ インフルエンザにかかった
☐ ワクチンを接種した ☐ タミフルを使用した ☐ リレンザを使用した

葉酸または葉酸を含む総合ビタミン剤の服用（妊娠 12 週未満）；

- ☐ なし ☐ あり（錠剤名・商品名；_____）
内服開始時期； ☐ 妊娠前 ☐ 妊娠後