

産科・婦人科問診票

(ID:)

来院日

年

月

日

ふりがな		旧姓	生年月日 / 年齢			国籍
氏名			S・H・R	年	月	日 (満 歳)
住所	〒					世帯主 (続柄)
						()
ご実家住所	〒					ご自身の職業
	□実家なし (理由:)					
電話	本人	体温		身長		体重 (非妊時)
	家族 () または実家					
これまでに当院を受診されたことはありますか		□はい □いいえ		紹介状はありますか		□はい □いいえ

本日はどのような症状で受診されますか	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> がん検診 (自費) <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> コルポ <input type="checkbox"/> 不妊症 (他院へ紹介の場合があります) <input type="checkbox"/> ピル (低用量ピル・生理をずらすピル) ※希望するものに○ <input type="checkbox"/> アフターピル 【性交日時: 月 日 時】 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------------------	---

性交経験はありますか	□はい □いいえ
妊娠の可能性はありますか	□はい □いいえ

ご自身で妊娠検査薬をしましたか	□はい 月 日判定 (□陽性 □陰性) □いいえ
当院で妊娠検査を希望しますか	□はい □いいえ
他院で妊娠と判断されましたか	□はい (出産予定日 月 日) □いいえ
妊娠している場合、出産を希望しますか	□出産希望 □未定 □中絶希望
お産先はお決まりですか	□当院 □未定 □他院 ()
無痛分娩の希望	□はい □いいえ □考え中

1年以内に市町村の子宮がん検診を受診されましたか	□はい (月頃受診) □いいえ
--------------------------	------------------

結婚はされていますか	□はい (歳で結婚) □いいえ (入籍予定 月)
配偶者はいますか	<input type="checkbox"/> はい (満 歳) (職業:) (血液型: □A □B □O □AB □不明) (RH: □+ □- □不明) <input type="checkbox"/> いいえ

月経は順調ですか	□順調 □不順
最終月経	月 日 日間 □産後まだ □閉経 (歳)
初めての月経	(歳)
月経周期	日型
月経痛	□ある □なし
凝血塊	□でる □でない

アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 薬物 (薬剤名:) <input type="checkbox"/> 食物 (食品名:) <input type="checkbox"/> 金属 □ラテックス □花粉 <input type="checkbox"/> その他 ()
アナフィラキシーショックを起こしたことはありますか	□はい □いいえ

裏面もご記入をお願いします→

今までにかかったことのある、 又は現在かかっている病気はありますか ※ある場合のみ☐	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在内服中のお薬はありますか	<input type="checkbox"/> はい (薬名:) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> お薬手帳持参あり
お薬の形状について	<input type="checkbox"/> 粉がのめない <input type="checkbox"/> 錠剤がのめない
今までに手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (手術名:) (歳) (手術名:) (歳)
輸血歴を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
宗教上の理由により、輸血を拒否しますか	<input type="checkbox"/> はい (はいの場合は当院で出産できません) <input type="checkbox"/> いいえ
血液型検査でRh (-)といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
家族の方 (血縁関係) で病気のある方はいますか いる場合 () に続柄を記入してください	高血圧 () 糖尿病 () その他 (病名:) (続柄:)
喫煙	<input type="checkbox"/> あり (1日: 本) (年数: 年) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (1日: 本) (年数: 年) <input type="checkbox"/> なし
飲酒	<input type="checkbox"/> あり (1日量: CC) <input type="checkbox"/> なし

妊娠歴 ※今回の妊娠も含まます	妊娠 (回) 分娩 (回) 子宮外妊娠 (回) (週数: 週) 流産 (回) (週数: 週) 中絶 (回) (週数: 週) 死産 (回) (週数: 週)
--------------------	---

分娩歴 (西暦)	在胎週数	妊娠中の異常	分娩種類	出生体重	性別	分娩場所	現在の状況
年 月		妊娠糖尿病 妊娠高血圧 切迫早産	正常・吸引・鉗子・帝王切開 無痛分娩 (有・無)	g	男・女	当院・他院	健康・他 ()
年 月		妊娠糖尿病 妊娠高血圧 切迫早産	正常・吸引・鉗子・帝王切開 無痛分娩 (有・無)	g	男・女	当院・他院	健康・他 ()
年 月		妊娠糖尿病 妊娠高血圧 切迫早産	正常・吸引・鉗子・帝王切開 無痛分娩 (有・無)	g	男・女	当院・他院	健康・他 ()
年 月		妊娠糖尿病 妊娠高血圧 切迫早産	正常・吸引・鉗子・帝王切開 無痛分娩 (有・無)	g	男・女	当院・他院	健康・他 ()
年 月		妊娠糖尿病 妊娠高血圧 切迫早産	正常・吸引・鉗子・帝王切開 無痛分娩 (有・無)	g	男・女	当院・他院	健康・他 ()
年 月		妊娠糖尿病 妊娠高血圧 切迫早産	正常・吸引・鉗子・帝王切開 無痛分娩 (有・無)	g	男・女	当院・他院	健康・他 ()

※ 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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による情報取得に 同意する ・ 同意しない

病院記入欄			
W	D	分娩予定日 (仮)	年 月 日
アプリの案内	(/)	分娩予定日 (決)	年 月 日
Drサイン			
Nsサイン	当院	未定	他院
分娩	(/)	(/)	(/)