

産科外来問診票

記入: 年 月 日

フリガナ お名前			住所	〒 -				
TEL	ご自宅 携 帯	ご職業	T・S・H	身長	非妊時 体重			
			年 月 日生	cm	kg			

※下点線枠内はスタッフが記入いたします。

最終月経より	週 日	予定日	年 月 日
紹介状より	週 日	予定日	年 月 日
血 圧	/	BMI	尿蛋白 () 尿糖 ()

はじめに

- ・お薬手帳はございますか ☐ない ☐ある → 受付にご提出下さい。
・母子手帳はございますか ☐ない ☐ある → 受付にご提出下さい。
・昭和大学横浜市北部病院婦人科受診既往 (☐ない ☐ある)

1. 本日はどのようなことで来院されましたか。

--

2. 月経についてお聞きします。

- ・初めての月経: () 歳
・一番最近の月経は () 月 () 日 ~ () 日間 ・その前の月経は () 月 () 日 ~ () 日間
・月経周期 (月経開始日から次の開始日前日まで) は
☐順調 約 () 日間 ☐不順 最短 () 日、最長 () 日

3. 現在結婚していますか。

- ☐結婚している () 歳時 ☐未婚 (結婚予定 ☐ある ☐ない) ☐離婚経験 (☐ある ☐ない)

4. ご自分で妊娠反応の検査をされましたか。

- ☐はい () 月 () 日 ☐陽性 ☐陰性 ☐いいえ

5. 今回の妊娠成立についてお聞きします。

- ☐自然妊娠 ☐不妊治療後妊娠 ☐その他 ()

6. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。

- ☐今回が初めての妊娠 ☐過去に妊娠、出産歴あり → その際の状況を下記に記載下さい。

年齢	妊娠経過	分娩様式	分娩週数	性別	出生体重	子供の健康状態
歳	生産(分娩)・流産・中絶・死産	正常・帝切・吸引・鉗子	週	男・女	g	健・病・死
歳	生産(分娩)・流産・中絶・死産	正常・帝切・吸引・鉗子	週	男・女	g	健・病・死
歳	生産(分娩)・流産・中絶・死産	正常・帝切・吸引・鉗子	週	男・女	g	健・病・死
歳	生産(分娩)・流産・中絶・死産	正常・帝切・吸引・鉗子	週	男・女	g	健・病・死
歳	生産(分娩)・流産・中絶・死産	正常・帝切・吸引・鉗子	週	男・女	g	健・病・死

・過去の妊娠・分娩の異常についてお聞きします。当てはまるものすべての☐にチェックして下さい。

- ☐子宮外妊娠 ☐胎状奇胎 ☐多胎(双子・三つ子) ☐子宮頸管縫縮術 ☐早産 ☐妊娠糖尿病
☐子宮内反症 ☐分娩時大量出血 ☐妊娠高血圧症候群 ☐常位胎盤早期剥離 ☐ヘルプ症候群
☐子癇 ☐その他(病名:)

※裏面にも質問があります

産科外来問診票

・過去に出生した児についてお聞きします。当てはまるものすべての□にチェックして下さい。

出生時：□胎児仮死 □新生児仮死 □肩甲難産 □B群溶連菌（G B S）感染症
□その他（病名： ）

出生後：□新生児死亡 □NICU入院（病名： ） □小児科通院中（病名： ）
□乳幼児期死亡（病名： ） 歳 □その他（病名： ）

7. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします。

当てはまるものすべての□にチェックして下さい。

□ない
□子宮筋腫 □子宮内膜症 □子宮腺筋症 □子宮奇形 □卵巣腫瘍 □その他（病名： ）

8. 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。

当てはまるものすべての□にチェックして下さい。

□高血圧 □糖尿病 □腎疾患 □心疾患 □甲状腺疾患 □肝炎 □自己免疫疾患 □血液疾患
□脳梗塞 □脳内出血 □てんかん □精神疾患 □悪性腫瘍 □血栓症
□内科・精神疾患による2カ月以上の薬剤服用歴 □喘息（最終発作： 歳）
□その他（病名： ）

・現在服用している薬が □ない □ある→薬の名前（ ）
・薬で具合が悪くなったことが □ない □ある→薬の名前（ ） 症状（ ）
・今までに指摘されたことのあるアレルギーはありますか
□ない □ある→（ ）

9. 過去に（婦人科に限らず）手術を受けたことがありますか。

□ない □ある→（ 歳：手術名 ）
（ 歳：手術名 ）

・子宮頸部円錐切除術 □ない □ある

10. 子宮がん検診を受けたことがありますか。

□ない □ある→（最後に受けたのは 年 月）

11. 過去に輸血を受けたことがありますか。

□ない □ある→（ 歳：理由 ）

12. 過去3カ月以内に以下のことはありましたか。

□発熱 □発疹 □頸部リンパ節の腫れ □風疹患者との接触 □児童との接触が多い職場での就労

13. 喫煙・飲酒についてお聞きします。

・たばこは □吸わない □以前吸っていた □現在吸っている→（ ）本／日程度 ※以前吸っていた方もご記入下さい
・ご主人は □吸わない □吸う ・同居のご家族は □吸わない □吸う
・飲酒は □しない □機会飲酒程度 □ほぼ毎日する→（ ）を（ ）／日

14. ご自身の両親、あるいは兄弟姉妹に以下の病気を持った方はいますか。カッコ内は続柄をご記入下さい。

□いない
□高血圧（ ） □糖尿病（ ） □40歳未満の突然死（事故を除く）（ ）
□その他遺伝性疾患 病名： （ ）

15. 分娩予定医療施設名がお決まりでしたらご記入下さい。

□昭和大学横浜市北部病院 □その他（ ）