

問診票

当問診票は診療に必要な項目ですのでご記入をおねがいたします。

ふりがな				生年月日	
氏名				西暦	年 月 日 (歳)
				職業	
自宅住所	〒			身長	cm
				体重	(非妊時) kg
連絡先 <small>緊急時のために 必ずご記入下さい</small>	①ご本人携帯	②自宅	③夫・パートナー携帯	④ご家族 続柄()	
		()	氏名 携帯	氏名 携帯	

◆今日はどうされましたか？受診された理由について(○)をつけて教えてください

《現在妊娠している可能性があるか、妊娠中の方》

() **妊娠の診察** 市販の妊娠検査をされましたか？(いいえ・はい) 月 日 (陽性・陰性)
他院の妊娠検査にて 妊娠 週 予定日 月 日
出産予定(当院・他院・未定) 中絶予定(あり・未定)

《現在妊娠している可能性がない方》

() **生理について** 出血量が多い() 少ない() 出血がとまらない()
生理不順() 生理が止まった() 月に2回以上ある()
生理痛がひどい() 生理前PMSの症状がつらい()
生理がまだ一度も来ない()

() 生理以外の出血がある → いつ頃からですか？()
() お腹が痛い → いつ頃からですか？()
() 更年期症状について → いつ頃からですか？() どのような症状ですか？()
() 不妊相談 今までに治療したことはありますか？(あり・なし)
() 排尿について 排尿痛() 残尿感() 頻尿() 血尿()
() 外陰部について かゆみ() できもの() 痛み()
() おりものの量やにおいが気になる 色は？() 色) 性状は？()
() 生理をずらしたい 避けたい日にち / ~ /
() 避妊について 低用量ピルの服用() リングを使用() ※服用・使用経験(あり・なし)
() アフターピル希望 行為はいつ頃ですか？ 月 日 時頃
() 子宮がん検診 最終検診はいつですか？ 年 月 結果の異常はありましたか？(なし・あり)
() 前回見つかった病気の定期診察 病名()
() その他 ()

◆あなたについて教えてください ※皆さまご記入ください

《月経(生理)について》 初経 歳 閉経 歳
最終月経 月 日 ~ 月 日 日間 月経周期 順調 日周期
不順 日 ~ 日周期
月経量 (少ない・普通・多い・かたまりがある)
生理痛 (ない・少しだけ・我慢できる・薬が必要 : 薬品名 を服用)

《妊娠・分娩について》 性交渉の経験はありますか？ (ない・ある)
妊娠したことはありますか？ (ない・ある)

(今回の妊娠を除く) 妊娠 回 分娩 回 自然流産 回 人工流産 回

分娩時年齢	西暦年月	分娩様式	妊娠週数	性別/体重	不妊治療や出産時の特記	病院名
歳	年月	正常 吸引 鉗子 無痛 (分娩時間 時間) 帝王切開 (理由)	週	男・女 g		
歳	年月	正常 吸引 鉗子 無痛 (分娩時間 時間) 帝王切開 (理由)	週	男・女 g		
歳	年月	正常 吸引 鉗子 無痛 (分娩時間 時間) 帝王切開 (理由)	週	男・女 g		
歳	年月	正常 吸引 鉗子 無痛 (分娩時間 時間) 帝王切開 (理由)	週	男・女 g		

《既往歴について》 これまでに大きな病気や手術をしたことはありますか？(ない・ある)

年齢	病名	手術様式	病院名	輸血
歳		開腹・腔式・腹腔鏡・その他・なし		なし・あり
歳		開腹・腔式・腹腔鏡・その他・なし		なし・あり
歳		開腹・腔式・腹腔鏡・その他・なし		なし・あり

《アレルギーや体質・習慣・現在治療中の病気について》

薬・食物・その他アレルギーがありますか？ (ない ・ ある)
 薬品名 : _____ 食物 : _____
 その他 : _____
 歯科で麻酔時気分が悪くなったことはありますか？ (ない ・ ある → 具体的に _____)
 喘息はありますか？ (ない ・ ある → 最後の発作 _____ 年 _____ 月)
 風疹にかかったことはありますか？ (ない ・ ある ・ ワクチン接種した ・ 不明)
 たばこは吸いますか？ (吸わない ・ 吸う → 本/日 _____ 喫煙歴 _____ 年)
 飲酒はしますか？ (飲まない ・ 飲む → 毎日 ・ 週3~4日 ・ 週1~2日 ・ 時々)
 子宮がん検診を受けたことはありますか？
 (受けたことはない ・ ある → 最終検診 _____ 年 _____ 月頃 結果: 異常なし ・ 異常あり)

現在治療中の病名	服用中の薬(服用の期間)	担当医から何か注意がありますか	病院名

《その他気になっていることがありますか？》

※婦人科で診察にいらした方への問診は以上になります。ご記入ありがとうございました。

◆ご出産予定の方は以下もご記入ください

《ご結婚していますか？》 (既婚 ・ 未婚) 結婚した年齢 _____ 歳 入籍の予定 (なし ・ あり)

《夫・パートナーについて》 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
 血液型 _____ 型 RH (_____)
 職業 _____
 たばこは吸いますか？ (吸わない ・ 吸う)

《ご家族について》

あなたのご両親または兄弟姉妹に以下の病気の方はいますか？ (いない ・ いる)
 高血圧(どなた _____) 糖尿病(どなた _____) がん(どなた _____) 遺伝性の病気(病名 _____)

※ご協力ありがとうございました。ご記入がお済みになりましたら受付にお出してください。

妊娠後期助産師確認欄

①

/

記入日

/

助産師

家族構成	分娩に向けて気になることや心配なこと
	授乳についての希望(経産婦さんは前回授乳に限らず困ったことはありましたか?) 前回の授乳は(母乳 ・ 混合 ・ ミルク)授乳期間 トラブルなど
	産後のサポート体制
	退院後の帰宅先は(ご自宅 ・ ご実家) ご実家はどちらですか?