

産婦人科問診票

記入者：_____ 関係：_____

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 身長：_____ cm 体重：_____ kg

1. 本日はどのような理由で来院されましたか
いつ頃から どのような症状

.....
.....
.....

2. 結婚歴 結婚 (_____ 歳) 未婚 離婚後 再婚 入籍前

3. 今までに妊娠したことはありますか なし あり 性交経験 なし あり
すべての妊娠の回数 _____ 回 そのうち、出産 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回
胎状奇胎 _____ 回 子宮外妊娠 _____ 回

4. これまでの出産について

| 年齢 | お子様の性別 | 出産時週数 | 出生体重 | 分娩方法 | 異常の有無 |
|----|---|-------|------|---|---|
| 歳 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 週 | g | <input type="checkbox"/> 経腔 <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 歳 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 週 | g | <input type="checkbox"/> 経腔 <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 歳 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 週 | g | <input type="checkbox"/> 経腔 <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 歳 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 週 | g | <input type="checkbox"/> 経腔 <input type="checkbox"/> 帝王切開 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

5. 月経は順調ですか? 順調 (_____ 日型) 不順 閉経後 (閉経 _____ 歳)
月経痛は強いですか? 弱 中 強 (使用している痛み止め: _____)
月経の量は多いですか? 小 中 多
月経は何日続きますか? _____ 日間続く 最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

6. 今までに病院にかかったことについてお書きください
(例: 15歳 不安症、20歳 盲腸、30歳 交通事故など)

- かった事のある病気 なし あり (_____)
- 入院したこと なし あり (_____)
- 手術したこと なし あり (_____)
- 輸血したこと なし あり (_____)
- 気持ちが落ち込み、不安が強く病院受診したこと なし あり (_____)

7. お薬手帳持参 なし あり
手帳の持参がない場合、内服の薬品名 (_____)
血をさらさらにする薬 なし あり (例: バイアスピリンなど _____)

8. 食べ物や薬でアレルギーをおこしたことはありますか?
ない ある (内容 _____ 症状 _____)

9. 飲酒 なし あり →ありの方は飲酒量 (_____)
喫煙 なし あり _____ 本/日 やめた _____ 年前まで _____ 本/日) ◎ご主人・パートナー喫煙 なし あり

10. ご職業 (本人 _____) ◎ご主人・パートナーの年齢と職業 _____ 歳 _____)

11. ご家族で病気の方 なし あり (病名: _____)
卵巣癌、乳癌、子宮体癌、大腸癌のご家族 なし あり (_____)

12. 宗教 なし あり (_____)

産婦人科問診票 (妊娠されている方へ)

[今回の妊娠について]

非妊時体重：..... kg

出産予定日：.....年.....月.....日

出産を予定している病院： 当院 / 里帰りを考えている (里帰り先：.....)

最後の月経が始まった日：.....年.....月.....日 (月経周期.....日型、 順 不順)

不妊治療： なし あり (治療内容、期間：.....)

[ご家族について]

普段、同居されている方はどなたですか？ 例：夫、父、母、義母、父方祖母、長男、長女など

(.....)

実家の家族構成を教えてください (上記と同じ場合は同上と記入ください)

(.....)

一番頼りになり、相談をされる方はどなたですか？

(.....)

産後の主な育児支援者はどなたですか？

(.....)

産後の帰省先はどちらの予定ですか？ 例：実家 諫早市永昌東町

(.....)

[連絡先について]

本人携帯電話番号 (.....)

| 優先順位 | お名前 | 続柄 | 携帯番号 | 電話番号 | 同居 | 別居 |
|------|-----|----|------|------|----|----|
| ① | | | | | | |
| ② | | | | | | |

◎最後に今回の妊娠について、該当するところに□をしてください

- ・出生前診断について考えている いいえ はい
- ・経済的な不安がある、または経済的に相談したいことがある いいえ はい
- ・妊娠してから、気分が落ち込んだり、不安が強くなることもある いいえ はい

【個人情報の取り扱いについてのお願い】

妊娠・出産・育児期の養育支援を目的として、あなたや赤ちゃんの現状について、行政（市町）へ報告することがあります。行政（市町）へおつなぎすることで、あなたや赤ちゃんのサポートに役立てたいと考えております。ご承諾いただける場合は、下記にサインをお願いいたします。

年.....月.....日

お名前 (.....)

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名 _____ 関係 _____ 電話 _____

氏名 _____ 関係 _____ 電話 _____

2. 世帯について教えてください

1人暮らし 配偶者と2人暮らし その他家族有り

3. 介護保険は利用していますか

未申請 申請中 申請済 (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医： _____ 電話 _____

地域包括： _____ 事務所 担当者 _____ 電話 _____

ケアマネ： _____ 事務所 担当者 _____ 電話 _____

生活保護ケースワーカー： _____ 役所 担当者 _____ 電話 _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない

ご要望： _____

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

8. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください