

問診票（産科）

年 月 日

* 問診票の個人情報は診療のためのもので、理由なく第三者に開示、提供、漏洩いたしません。

ふりがな
氏名 昭和・平成 年 月 日生（ 歳）

現住所 〒

(※上記と住民票が違う場合 〒))

携帯番号 電話番号

身長: cm 体重: kg 非妊時体重: kg

勤務先名(.....) 職業(.....) ・主婦・無職・学生(高・大学)

既婚(初婚・再婚・再々婚) 結婚予定(あり(いつ頃) ・なし) 未婚

緊急連絡先

①夫・パートナー: 夫 ^{ふりがな} 氏名 (..... 歳) 携帯電話

勤務先名(.....) 職業(.....)

(※上記と住所・電話番号が違う場合に記入してください。)

住所 〒

電話番号

②上記以外 氏名 続柄 電話番号

* 最終月経 令和 年 月 日から 日間で月経周期は 順調(..... 日型) ・不順

①妊娠反応 市販検査薬で 陽性・陰性(検査日 月 日) ・検査はしていない
基礎体温表の持参(あり・なし)

出産予定(あり・なし・考え中) ⇒ 出産予定ありの方 当院での出産希望(する・しない・考え中)

②他院で診断を受けた ⇒ 受診日 月 日 病院名(.....)
出産予定日 (令和 年 月 日・未定)

出産予定(あり・なし・考え中) ⇒ 出産予定ありの方 当院での出産希望(する・しない・考え中)

③4Dエコーのみ希望 ⇒ 現在の通院病院
出産予定日 (令和 年 月 日)

④分娩予約 ⇒ 現在の通院病院
出産予定日 (令和 年 月 日)

里帰り先の住所:

電話番号:

世帯主の ^{ふりがな} 氏名 (続柄: 実父・実母・義父・義母・その他)

裏面にもご記入ください

今までに妊娠したことが ある・ない

妊娠()回 流産()回 人工妊娠中絶()回

ある方は下記に記入をお願いします。

分娩年月日	分娩方法	週数	性別	出生時体重	妊娠経過など	分娩施設
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	kg 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	kg 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	kg 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()
年月	経膣分娩・帝王切開 流産・人工妊娠中絶	週	男・女	kg 健・否	異常なし 異常あり(切迫早産・ 高血圧・糖尿病・ その他)	当院 他院 ()

1. 下記の病気にかかったことはありますか なし あり 現在治療中(かかりつけ医院:)

婦人科疾患(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・子宮奇形)

高血圧 糖尿病 心疾患 甲状腺疾患 てんかん(最終発作は.....年.....月)

喘息(最終発作.....歳) 精神疾患 血栓症 血液疾患

その他(病名:)

2. 現在、内服しているお薬はありますか なし あり 薬品名:.....

3. 手術を受けたことはありますか なし あり 手術名.....()歳

4. アレルギー、喫煙について

・薬のアレルギー:なし あり 薬品名:.....

・食物・その他のアレルギー:なし あり 品名:.....

・喫煙: なし あり(本/日)

5. 1か月以内に以下の様な事がありましたか。 なし あり(いつ頃)

発熱 発疹 頸部リンパ節の腫れ 風疹患者(乳幼児・児童・家族など)との接触

6. 家族について

あなたの 父.....歳(健・否・亡)母.....歳(健・否・亡)両親(結婚・離婚)兄弟.....名

家族に右記の病気が ない ある(高血圧 糖尿病 精神疾患 遺伝性疾患)

7. 当院を選んだ理由 :インターネット・ホームページ 広告・看板 口コミ・評判

紹介者あり

紹介者(または友人の氏名).....続柄.....