

産科問診票①

記入日 年 月 日

現在の状況を知りたいと思いますのでご協力をお願い致します。

秘密は厳守しますので下記空欄に記入、または該当する□に✓チェックをお願い致します

フリガナ		生年月日	年齢	職業	血液型	国籍	信仰	
あなたの氏名		年 月 日						
フリガナ		生年月日	年齢	職業	血液型	国籍	信仰	
パートナー氏名		年 月 日						
婚姻状態	① 既婚 (年 月 結婚 初婚・再婚) ② 未婚 (入籍予定あり・入籍予定なし・未定)							
現住所	(〒) あなたの電話番号							
緊急連絡先	フリガナ	①	②	③				
	氏名・続柄	.	.	.				
	電話番号							
今回の妊娠 について	身長	cm	妊娠前の体重	kg				
	分娩予定日	年 月 日						
	今回の妊娠方法	自然妊娠・不妊治療 ()						
	初めての生理	歳 月 経周期は ~ 日型 順調・不順						
	最終生理	年 月 日 ~ 日間 普段通り・いつもと違う						
	受診された理由							
今までの 妊娠・分娩 について	妊娠 回・自然流産 回・人工妊娠中絶 回・異所性(子宮外)妊娠 回							
	年 月 日	週数	分娩方法	性別	体重	児の状態	分娩時出血	妊娠・分娩・産後の異常
			自然・吸引・鉗子 誘発・帝王切開・流産	男・女		健・否	少・中・多	
			自然・吸引・鉗子 誘発・帝王切開・流産	男・女		健・否	少・中・多	
			自然・吸引・鉗子 誘発・帝王切開・流産	男・女		健・否	少・中・多	
		自然・吸引・鉗子 誘発・帝王切開・流産	男・女		健・否	少・中・多		
アレルギー について	喘息がありますか ない・ある (最終発作: 歳、薬品名) 薬のアレルギーがありますか ない・ある (歳、薬品名:) 食べ物のアレルギーがありますか ない・ある (食品名:)							

ラテックス アレルギー について	<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> 接触性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 天然ゴム製品アレルギー		
	以下の食物を摂取し、アレルギー症状を起こしたことがありますか	ない・ある	
	<input type="checkbox"/> 栗 <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> アボカド <input type="checkbox"/> キウイ <input type="checkbox"/> イチジク <input type="checkbox"/> パパイヤ <input type="checkbox"/> トマト <input type="checkbox"/> その他の果物 ()		
	以下の日用品を使用して、何か違和感があったことがありますか	ない・ある	
<input type="checkbox"/> 風船 <input type="checkbox"/> ゴム製手袋 <input type="checkbox"/> ゴム製スポーツ用品 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶の乳首 <input type="checkbox"/> ゴムボール <input type="checkbox"/> 輪ゴム <input type="checkbox"/> 避妊具 <input type="checkbox"/> 消しゴム <input type="checkbox"/> その他 ()			
上記の製品を使用して以下の症状が起きたことがありますか		ない・ある	
<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 発赤・紅斑 <input type="checkbox"/> 腫れ・水ぶくれ <input type="checkbox"/> ショック症状（呼吸困難、血圧低下、全身の発赤など） <input type="checkbox"/> その他 ()			
健康状態 生活に ついて	今までに指摘された病気がありますか		ない・ある
	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 子宮奇形 <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫/腫瘍 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患() <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血液疾患 () <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
	手術を受けたことがありますか	ない・ある	歳（病名：)
	輸血を受けたことはありますか	ない・ある	歳（理由：)
	妊娠 16 週未満に 38℃以上の発熱はありましたか	ない・ある	
	妊娠 16 週未満に出血はありましたか	ない・ある	
	妊娠 16 週未満に 1 週間以上の内服はされましたか	ない・ある	()
	妊娠してから病気で治療を受けたことがありますか	ない・ある	(妊娠 ヶ月頃：)
	最近 5 年間で意識消失をしたことがありますか	ない・ある	歳（原因：)
	子宮頸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)
	子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか	ない・ある	(受けたのは 年 月)
	乳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)
	海外渡航を過去 3 ヶ月以内にされていますか	ない・ある	
	自分（場所：) 同居家族（場所：)		
	精神科・心療内科への受診歴・相談歴がありますか	ない・ある	歳（治療：)
	家族（両親・祖父母・兄弟姉妹）に病気の方はいますか	いない・いる	
	高血圧（誰が) 糖尿病（誰が) その他 ()		
	現在内服している薬はありますか（サプリメントも含む）	ない・ある	()
	飲酒について	飲まない・妊娠 ヶ月にやめた・時々・毎日	(を /日)
	喫煙について	吸わない・妊娠 ヶ月ごろにやめた・今も吸っている	(本/日)
現在お仕事をされていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月にやめた <input type="checkbox"/> 産休中 <input type="checkbox"/> 今もしている		
現在、授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月にやめた <input type="checkbox"/> 今もしている		

質問内容は以上です
ご協力ありがとうございました