産科問診票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  |  | 年齢 | 才 |  | 記入日 |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |  | 性別　　　 |  |  | 記入者 |
|  |  |  |  |  |  | (本人以外の方が代筆される場合は記入して下さい) |
| 住所 |
| 妊娠中あるいは出産後の引っ越しの予定　□ ない □ ある |
| （いつ頃：　　　　　　　　 住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 電話番号　携帯　　　　　　　　　　　　　　　 自宅　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 職業　□ あり（内容：　　　　　　　　　　　　 ） □ なし（以前の職業：　　　　　　　　　　　　 ） |
| 身長：　　　 cm 体重：　　　 kg（妊娠前の体重：　　　 kg） 血圧：　　 /　　 mmHg 脈拍：　　　  |

妊娠期を安心して過ごすことができ、出産後も安心して育児が行えるようサポートさせて頂くために、以下の項目についてお答え下さい。秘密は堅く守りますので、あてはまるものに✓印や○印をつけ、具体的な内容をご記入下さい

1. 本日受診された理由を教えて下さい

□妊娠の診断希望　□当院で出産希望　□他病院で（　　　　　　）といわれた

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 既往歴（今までにかかられた病気と治療）について、下の欄にご記入下さい

例：子宮・卵巣系の病気、高血圧、糖尿病、ぜんそく など

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **年齢** | **病名** | **治療** | **経過** | **病院名** |
|  |  | 投薬・入院・手術・輸血その他（） | 治療中・中止・軽快 |  |
|  |  | 投薬・入院・手術・輸血その他（） | 治療中・中止・軽快 |  |
|  |  | 投薬・入院・手術・輸血その他（） | 治療中・中止・軽快 |  |

1. 今までに子宮頸がん検診を受けたことはありますか？

□いいえ □はい：一番最近の検診は？　　　　年　　月　　日､病院名

　　　　 異常はありましたか？　□なし □あり：異常

1. これまでにカウンセラーや心療内科・精神科に相談したことがありますか？

□なし □あり（いつ頃：　　　　　　 診断名：　　　　　　　　　　施設名：

薬：□なし □あり（　　　　　　　　　　　　　　　））

1. 現在飲まれているお薬がある方は、お薬の名前をご記入下さい

（）

1. アレルギーはありますか？

□なし □あり：□薬（　　　　　　　　　　）□食べ物（　　　　　　　　　　）□花粉症 □ぜんそく

□アルコール □金属 □その他（　　　）

1. 生理について教えて下さい

１）初めて生理があったのは　 （　　　　）歳

２）ふだんの生理は順調ですか？　 □順調　□不順

３）生理は何日間くらいありますか？　 （　　　　～　　　　）日間くらい

４）生理の周期はどれくらいですか？　 （　　　　～　　　　）日くらい

５）生理の量は　□多い（血のかたまりがでる）　□普通　□少ない　□その他（　　　　）

６）生理痛は　　□強い　□中くらい　□弱い　□ない

７）最後の生理は　　　　　 年　　 月　　 日から（　　　　）日間あった

いつもと同様でしたか？　 □はい　□いいえ

1. 結婚していますか？

本人：□している　（ 初婚　再婚 ）　入籍日　　　　 年　　 月　　　日　本人の結婚年齢　　　　歳

□していない（ 未婚　離婚　死別 ）

入籍予定はありますか？　□あり 　　　　 年　　 月頃　□なし

夫(パートナー)：□している（ 初婚　再婚 ）　□していない（ 未婚　離婚　死別 ）

1. 不妊治療を受けたことはありますか？　□いいえ □はい（期間：　　　　年　　月 ～　　　　年　　月）

□排卵誘発剤（□内服 □注射）　□人工受精　□体外受精　□顕微受精　□その他（　　）

1. 今までの妊娠・出産回数と、それぞれの経過について教えて下さい

１）妊娠回数（今回の妊娠も含めた回数）：　　 回、出産回数：　　 回、流産回数：　　 回、人工妊娠中絶回数：　　 回

２）今までの妊娠・出産について、ご家族に知られたくないなど、ご希望はありますか？

□ない　□ある：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年月日（出産年齢）** | **週数** | **妊娠・出産・****産後の状態** | **出産方法** | **子供の****体重・性別** | **現在の子供****の状態** | **病院名** |
| 　　　年　　月　　日（　　　歳）□現夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)との子　□その他（　　　　　） |  | □正常□異常（診断名：　　　　　　　　　　　　　　） | □経腟分娩（自然・誘発・吸引）分娩所要時間（　　時間　分）□帝王切開（予定・緊急）□流産　□中絶 | ｇ男・女 | 健・否 |  |
| 　　　年　　月　　日（　　　歳）□現夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)との子　□その他（　　　　　） |  | □正常□異常（診断名：　　　　　　　　　　　　　　） | □経腟分娩（自然・誘発・吸引）分娩所要時間（　　時間　分）□帝王切開（予定・緊急）□流産　□中絶 | ｇ男・女 | 健・否 |  |
| 　　　年　　月　　日（　　　歳）□現夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)との子　□その他（　　　　　） |  | □正常□異常（診断名：　　　　　　　　　　　　　　） | □経腟分娩（自然・誘発・吸引）分娩所要時間（　　時間　分）□帝王切開（予定・緊急）□流産　□中絶 | ｇ男・女 | 健・否 |  |
| 　　　年　　月　　日（　　　歳）□現夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)との子　□その他（　　　　　） |  | □正常□異常（診断名：　　　　　　　　　　　　　　） | □経腟分娩（自然・誘発・吸引）分娩所要時間（　　時間　分）□帝王切開（予定・緊急）□流産　□中絶 | ｇ男・女 | 健・否 |  |
| 　　　年　　月　　日（　　　歳）□現夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)との子　□その他（　　　　　） |  | □正常□異常（診断名：　　　　　　　　　　　　　　　） | □経腟分娩（自然・誘発・吸引）分娩所要時間（　　時間　分）□帝王切開（予定・緊急）□流産　□中絶 | ｇ男・女 | 健・否 |  |

1. アルコール、たばこの習慣について教えて下さい

アルコール：□飲まない　□妊娠後やめた　□機会飲酒のみ　□ほぼ毎日飲む

何を 　　　　　　　　　　　　 １日に 　　　　　ｍｌ

たばこ：妊娠前　□吸わない □やめた（　　 歳でやめた） □吸う（吸っていた）　　 歳から１日　　 本

妊娠後　□吸わない □やめた □吸う １日　　　本

夫(パートナー)アルコール：□飲まない　□やめた　□機会飲酒のみ　□ほぼ毎日飲む

何を 　　　　　　　　　　　　 １日に 　　　　　ｍｌ

夫(パートナー)たばこ：□吸わない　□やめた（　　 歳でやめた） □吸う　　 歳から１日　　 本

その他同居のご家族 たばこ：□吸わない　□吸う

1. 今回、妊娠が分かった時のお気持ちはどうでしたか？

□とても嬉しかった　□予想外だったが嬉しかった　□分からない　□困った　□たいへん困った

□その他

パートナーの方は妊娠が分かった時のお気持ちはどうでしたか？

□とても嬉しかった　□予想外だったが嬉しかった　□分からない　□困った　□たいへん困った

□その他

1. 身近な方から、言葉や身体への暴力を受けたことはありますか？　 □はい　□いいえ
2. 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか？　 □ない　□ある

ある場合、何についてですか？　 □妊娠や出産について　□経済的なこと　□あなたの身体のこと

□夫婦(パートナー)関係　□家族関係のこと　□育児の仕方　□その他（　　　　　　　　　）

1. この１年間に、２週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状はありましたか？

□ない　□どちらかといえばない　□どちらかといえばある　□ある（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 氏名 |  |

1. あなたやご家族で、社会保障を受給している方はいますか？　 □いない　□いる

あなたが受給している 内容：□生活保護 □児童扶養手当(母子手当) □ひとり親家庭医療費助成

□障害者手帳(　 )級（精神・身体・療育）□障害年金 □自立支援医療 □特定医療費助成(指定難病)

ご家族が受給している（誰が：　　　　　 内容：□生活保護 □児童扶養手当(母子手当) □ひとり親家庭医療費助成

□障害者手帳(　 )級（精神・身体・療育）□障害年金 □自立支援医療 □特定医療費助成(指定難病)

1. 学歴について教えて下さい

最終卒業された学校に✓をつけて下さい　（ □中学校　□高校　□短期大学　□大学　□大学院 ）

その他、卒業された学校に✓をつけて下さい　（ □専門学校　□高等専門学校 ）

夫(パートナー) 最終卒業された学校　（ □中学校　□高校　□短期大学　□大学　□大学院 ）

夫(パートナー)その他、卒業された学校　（ □専門学校　□高等専門学校 ）

1. ご家族について教えて下さい

【夫(パートナー)について】お名前　　　　　　　　　　　　　　 年齢　　　　歳

□同居している　□同居していない：住所

職業：□あり（内容　　　　　　　　　　　　　） □なし（以前の職業　　　　　　　　　　　　　）

電話番号：携帯　　　　　　　　　　　　　　　 自宅

病気をされたことはありますか？　□いいえ □はい（病名・症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【出産後に過ごす場所・支援者】

場所：□自宅　□あなたの実家　□夫の実家　□その他　　　　　　　　　　　　　　 □決まっていない

育児や家事を手伝ってくれる方はいますか？　□いない　□いる　□決まっていない

いる場合、手伝ってくれる方は誰ですか？

□夫(パートナー)　□あなたの母　□あなたの父　□夫の母　□夫の父　□その他（　　　　）

【夫(パートナー)以外で主に手伝ってくれる方】お名前　　　　　　　　　　　　 電話番号

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学歴：□中学校　□高校　□短期大学　□大学　□大学院

1. 家族構成をご記入下さい

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **あなたの****ご家族** | **氏名** | **年****齢** | **職業（内容）** | **お住いの****市町村・都道府県** | **同居者は****✓印** | **家族歴（高血圧､糖尿病､感染症(結核､梅毒など)､****肝臓病､がん､精神病などの病気の有無・病名）** |
| 父方祖父 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 父方祖母 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 母方祖父 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 母方祖母 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 実父 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 実母 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 子ども | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 子ども | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 子ども | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 兄弟姉妹 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 兄弟姉妹 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 兄弟姉妹 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
|  | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
|  |  |  |  |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
|  |
| **夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)****ご家族** | **氏名** | **年****齢** | **職業（内容）** | **お住いの****市町村・都道府県** | **同居者は****✓印** | **家族歴（高血圧､糖尿病､感染症(結核､梅毒など)､****肝臓病､がん､精神病などの病気の有無・病名）** |
| 父方祖父 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 父方祖母 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 母方祖父 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 母方祖母 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 夫の父 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 夫の母 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 兄弟姉妹 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 兄弟姉妹 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
| 兄弟姉妹 | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
|  | 　 | 　 | 　 |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |
|  |  |  |  |  | □同居 | □無 □有(　　　　　　) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 氏名 |  |

ご記入ありがとうございました