

# 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ください

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 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. 既往歴(今までにかかれた病気と治療)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	

## 3. 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 \_\_\_\_\_

## 4. 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 ( \_\_\_\_\_ ))

## 5. 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

( \_\_\_\_\_ )

## 6. 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 ( \_\_\_\_\_ )

## 7. 生理について教えてください

- 初めて生理があったのは ( \_\_\_\_\_ ) 歳
- ふだんの生理は順調ですか?  順調  不順
- 生理は何日間くらいありますか? ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ ) 日間くらい
- 生理の周期はどれくらいですか? ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ ) 日くらい
- 生理の量は  多い (血のかたまりがでる)  普通  少ない  その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 生理痛は  強い  中くらい  弱い  ない
- 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

## 8. 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)

患者 ID

氏名

9、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（ ）

## 10、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ください

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) <input type="checkbox"/> 現夫(パートナー)との子 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (診断名: _____)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩(自然・誘発・吸引) 分娩所要時間( ____時間 ____分) <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶	g 男・女	健・否	
____年 ____月 ____日 ( ____歳) <input type="checkbox"/> 現夫(パートナー)との子 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (診断名: _____)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩(自然・誘発・吸引) 分娩所要時間( ____時間 ____分) <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶	g 男・女	健・否	
____年 ____月 ____日 ( ____歳) <input type="checkbox"/> 現夫(パートナー)との子 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (診断名: _____)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩(自然・誘発・吸引) 分娩所要時間( ____時間 ____分) <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶	g 男・女	健・否	
____年 ____月 ____日 ( ____歳) <input type="checkbox"/> 現夫(パートナー)との子 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (診断名: _____)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩(自然・誘発・吸引) 分娩所要時間( ____時間 ____分) <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶	g 男・女	健・否	
____年 ____月 ____日 ( ____歳) <input type="checkbox"/> 現夫(パートナー)との子 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (診断名: _____)	<input type="checkbox"/> 経膈分娩(自然・誘発・吸引) 分娩所要時間( ____時間 ____分) <input type="checkbox"/> 帝王切開(予定・緊急) <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶	g 男・女	健・否	

## 11、アルコール、たばこの習慣について教えてください

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

## 12、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 \_\_\_\_\_13、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14、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( )

## 15、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 どちらかといえはなし どちらかといえはある ある( )

患者 ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

16、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)

17、学歴について教えてください  
 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 )

18、ご家族について教えてください  
**【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

19、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 <input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
父方祖母					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
母方祖父					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
母方祖母					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
実父					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
実母					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
子ども					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
子ども					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
子ども					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
兄弟姉妹					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
兄弟姉妹					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
兄弟姉妹					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )

夫(パートナー)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 <input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
父方祖母					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
母方祖父					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
母方祖母					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
夫の父					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
夫の母					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
兄弟姉妹					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
兄弟姉妹					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
兄弟姉妹					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
					<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )