

初診問診票

*裏面もご記入ください

受付 年 月 日

分娩予定日 年 月 日

氏名	診察券番号		—		
住所	〒	国籍:	年齢	歳	
連絡先 TEL	携帯電話: 緊急連絡先① (氏名 続柄) 緊急連絡先② (氏名 続柄)				
職業	身長	cm	体重(非妊時)	kg	

当院から連絡を差し上げる時に、病院名を出してもよろしいですか？ はい・いいえ

1. 月経についてお答えください。

- ・ 初めて月経が始まったのは _____ 歳頃
 - ・ 一番最近の月経は _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
その前の月経は _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
 - ・ 月経時の痛みは 強い(鎮痛剤を使用する) 普通 ない
 - ・ 月経周期: 普段は _____ 日周期、早いときは _____ 日くらい、遅いときは _____ 日くらいで来る。
- ※月経周期とは、月経の始まった日から次の月経が始まるまでの期間(日数)です。

2. 今までの妊娠・分娩についてお答えください。(該当する項目に○をつけるか、ご記入ください)

年月	正 常	流 産	中 絶	子宮 外 妊 娠	胞 状 奇 胎	分娩様式 /所要時間	妊娠・産後の異 常(切迫早産出 血多量など)	生まれたお子さんについて				
								出生 週数	出生体重	性 別	健康 ですか	出産場所
年 月 日						/			g			
年 月 日						/			g			
年 月 日						/			g			
年 月 日						/			g			

3. 今までかかった病気・手術についてお答えください。(該当する□に☑をご記入ください。)

婦人科の病気を指摘された事が ない * ある

- * 子宮筋腫 (何もしていない 手術した _____ 年 _____ 月)
- * 子宮内膜症 (何もしていない 手術した 治療中: 治療内容 _____ 年 _____ 月より)
- * 卵巣のう腫 (何もしていない 手術した 治療中: 治療内容 _____ 年 _____ 月より)
- * 上記以外で指摘を受けたことがある(詳しくご記入ください: _____ 年 _____ 月 より)

その他の病気を指摘されたことが ない * ある

- * 喘息 (完治した 内服・吸入薬使用中: 薬品名 _____ 年 _____ 月より)
- * 高血圧 (何もしていない 治療中: 治療内容 _____ 年 _____ 月より)
- * 糖尿病 (何もしていない 治療中: 治療内容 _____ 年 _____ 月より)
- * 精神疾患 (以前、内服していた: 薬品名 _____ 年 _____ 月より)
(現在、内服中: 薬品名 _____ 年 _____ 月より)
- * その他 (詳しくご記入ください: _____ 年 _____ 月より)

手術をしたことが ない * ある (治療時期と手術名: _____ 年 _____ 月より)

輸血や血液製剤を使用したことが ない * ある (理由: _____)

過去5年以内に海外の医療機関に入院をしたことが ない * ある (国: _____ 理由: _____)

アレルギーが ない * ある

- * (食べ物: _____ 年 _____ 月より / 薬: _____ 年 _____ 月より)
- その他 : _____ 年 _____ 月より)

4. パートナー及びご自身のご家族についてお答えください。(該当する□に☑をご記入ください。)

既婚(年 月 歳で結婚) 未婚 近く結婚予定 死別した(歳)
離婚(歳) 再婚(歳) パートナーの職業は()
 パートナー 歳 生年月日(年 月 日)
 国籍: 日本 外国()
健康 病気がある()
 父 ____歳: 健康 病気がある(治療内容:) 死亡(歳 原因)
 母 ____歳: 健康 病気がある(治療内容:) 死亡(歳 原因)
 () ____歳: 健康 病気がある(治療内容:) 死亡(歳 原因)
 () ____歳: 健康 病気がある(治療内容:) 死亡(歳 原因)

5. 現在、同居しているご家族に☑をご記入ください。

夫あるいはパートナー 子ども(人) 実父 実母 義父 義母 その他()

6. 生活習慣についてお答えください。(該当する□に☑をご記入ください。)

タバコを 吸わない 吸う 1日 ____本 ____年より 過去に吸っていた 1日 ____本 ____年~ ____年
 *夫(パートナー)の喫煙歴(吸う ____年より 過去に吸っていた ____年~ ____年)
 お酒を 飲まない 飲む 1日 ____位(例:ビール1本) ____年より
過去に飲んでいた 1日 ____位 ____年 ~ ____年
 便通は ____回 / ____日
 就寝時刻(規則的: ____時頃 / 不規則) 睡眠時間(規則的: ____時間 / 不規則)
 体の冷えが ない ある(冷え対策を している していない)

7. 過去1年間のあなたと夫・パートナーの関係についての質問です。該当するもの1つに○をつけてください。

あなたは、夫・パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？
①よくある ②たまにある ③まったくない
 あなたは、夫・パートナーは、気に入らないことがあると怒って壁を叩いたり、物を投げたりすることがありますか？
①よくある ②たまにある ③まったくない
 あなたは、気がすまないのに夫・パートナーから性的な行為を強いられることがありますか？
①よくある ②たまにある ③まったくない
 あなたは、夫・パートナーは、あなたをたたく、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど強引にふるまうことがありますか？
①よくある ②たまにある ③まったくない

8. 最近1カ月の気持ちについての質問です。該当する□に☑をご記入ください。

①気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まれたことがありますか？ ある ない
②物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まれたことはありましたか？ ある ない
③ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありましたか？ ある ない
④ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことはありましたか？ ある ない

9. 宗教上の制約はありますか？(該当する□に☑をご記入ください。)

いいえ ある(内容をお書きください))

10. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。あなたは輸血を受けてもよいですか？

はい いいえ

11. 治療方針について、ご自身で決められなくなった場合、判断を委ねる方はどなたですか？

()

12. 今回の妊娠経過で気になることや、今日の妊婦健診で、何か聞きたいことがありましたらご記入ください。

[]

◎個人が特定できない範囲内で診療中に得られたデータを、学会などで発表させていただくことがあります。ご了承くださいようお願いいたします