

(ID:)

妊娠初診問診票

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ				生年月日	西暦		
氏名					年	月	日 (才)
住所	〒 -			国籍			
TEL (連絡先)	(携帯) (自宅)			身長	cm		
	(様方)			体重	kg		
連絡	可	不可	職業	(職種:)			

※1週間以内に、新型コロナウイルスを疑う症状(発熱・咳・咽頭痛等)はありましたか？ いいえ はい

※1週間以内に、新型コロナウイルス陽性の方と接触がありましたか？ いいえ はい

※新型コロナウイルスに罹患したことはありますか？ いいえ はい(最終罹患 年 月 日)

1. 本日のご来院の理由を教えてください

・妊娠しているかどうかの確認

・ご自身で妊娠反応を調べましたか？ はい いいえ
⇒調べた場合の結果 月 日に(陽性 / 陰性)

・他院で妊娠の診察を受けましたか？ はい いいえ
⇒診断を受けたのは 月 日(出産予定日は西暦 年 月 日)
受診した病院名 ()

・出産を希望していますか？ 出産希望 未定 中絶希望

・当院にて出産を希望しますか？ はい 未定 他院で

・今回の妊娠成立方法をお選びください 自然妊娠 不妊治療後妊娠 その他()

・現在気になっている症状はありますか？ ()

2. 月経・性・子宮がん検診についてお聞きします

・月経は(順調 不順 ※一番最近の月経は(月 日 ~ 日間)

・初めての月経は()歳・月経持続期間()~()日・月経周期()~()日型

・月経痛の状況(なし 軽度 中等度 高度) ・月経量(少ない 普通 多い 塊がたくさん出る)

・性交の経験はありますか？(はい / いいえ)

・一年以内に市町村の子宮がん検診を受けましたか？(はい 年 月頃実施 / いいえ)

3. 婚姻歴についてお聞きします

・結婚されていますか？ 既婚 / 未婚 (西暦 年 月頃入籍予定 or 入籍予定なし)

⇒結婚回数 ()回 結婚年齢 ()歳 / 離婚回数 ()回 再婚年齢 ()歳

4. 妊娠歴についてお聞きします (※現在の妊娠も含みます)

・妊娠回数 ()回 分娩回数 ()回 自然流産 ()回 人工中絶 ()回

分娩年月日	分娩週数/出生体重	性別	健否	備考	結果
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 () 切迫入院歴: 無 / 有 (週~ 週) 分娩所要時間: 時間 分娩方法: 正常・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由) 新生児の異常: 無 / 有 ()	流産・中絶
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 () 切迫入院歴: 無 / 有 (週~ 週) 分娩所要時間: 時間 分娩方法: 正常・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由) 新生児の異常: 無 / 有 ()	流産・中絶
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 () 切迫入院歴: 無 / 有 (週~ 週) 分娩所要時間: 時間 分娩方法: 正常・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由) 新生児の異常: 無 / 有 ()	流産・中絶
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 () 切迫入院歴: 無 / 有 (週~ 週) 分娩所要時間: 時間 分娩方法: 正常・吸引・鉗子 帝王切開: 予定 / 緊急 (理由) 新生児の異常: 無 / 有 ()	流産・中絶

(ID:)

5. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患にチェックをお願いします

子宮筋腫 子宮内膜症 子宮奇形 卵巣腫瘍 その他()

6. 既往歴(今まで指摘されたことがある病気)についてお聞きします

病名	(病名)	年齢	現在の症状	薬(薬品名)	現在の通院	病院名
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
椎間板ヘルニア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
側弯症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
心臓疾患 不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
腎臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
肝臓疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
脳梗塞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
血栓症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

手術歴 なし あり

病名 病院名 手術した年
病名 病院名 手術した年
病名 病院名 手術した年

輸血歴 なし あり (いつ輸血されましたか?)

※ もし輸血が必要な場合、ご了承いただけますか? はい いいえ

7. アレルギーについてお聞きします

- ・薬アレルギー: なし / あり (薬剤名: 症状:)
- ・麻酔薬アレルギー: なし / あり (薬剤名: 症状:)
- ・食物アレルギー: なし / あり (食品名: 症状:)
- ・果物アレルギー: なし / あり (症状:)
→果物: もも キウイ アボカド 栗 プラム さくらんぼ バナナ パイナップル マンゴー
- ・ゴムアレルギー: なし / あり (症状:)

8. 生活についてお聞きします

- ・喫煙: 今まで吸ったことがない
現在吸っている/喫煙年数()年間、1日()本 or 以前吸っていた/喫煙年数()年間、1日()本
- ・飲酒: なし 妊娠後なし 時々 毎日()を1日()本(杯)程度)
- ・同居者: 夫 子()人 義父 義母 実父 実母 その他()
- ・育児などのサポート: あり なし

9. 夫(パートナー)についてお聞きします

・年齢:()歳 / 国籍:() / 職業:() 職種:() / 血液型:()型
・喫煙:現在吸っている 1日()本 吸っていない

10. 家族歴についてお聞きします

関係	既往歴	病名(当てはまるものに○をつけてください)	健・否
夫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他()	健・否
実父	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他()	健・否
実母	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他()	健・否
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	高血圧・糖尿病・悪性腫瘍・悪性高熱症・その他()	健・否

