問　診　票

以下の下線部には数値を，当てはまる項目は□にチェックをお願い致します．

1.記入日＿＿年＿＿月＿＿日

2.年齢＿＿歳　身長＿＿cm　妊娠前の体重＿＿kg

3.月経についてお聞きします．
最終月経開始日は？＿＿月＿＿日に開始．
周期は：□順，□不順

4.現在，結婚していますか？
□結婚している（＿＿歳時），□結婚していない（離婚の経験；□無し，□有り）

5.薬剤アレルギー，喫煙，飲酒についてお聞きします．
薬のアレルギー：□なし，□あり（薬品名：　　）
たばこ：□吸わない，□以前吸っていた，□現在吸っている（＿＿本／日）
飲酒：□しない，□ときどきする，□ほぼ毎日する（　　を＿＿／日）

6.喘息がありますか？
□なし，□あり（最終発作は＿＿歳）

7.現在，服用している薬はありますか？
□なし，□あり（薬品名：　　）

8.過去に手術を受けたことがありますか？
□なし，□あり（　　）

9.子宮がん検診を受けたことがありますか？
□あり（最後に受けたのは＿＿年＿＿月），□なし

10.子宮頸部円錐切除術についてお聞きします．
□受けたことがない，□受けたことがある（受けたのは＿＿年＿＿月）

11.過去に輸血を受けたことがありますか？
□なし，□あり（　　）

12.過去３ヵ月以内に以下のことはありましたか？（ありの場合チェック）
□発熱，□発疹，□頸部リンパ筋の腫れ，□風疹患者との接触，
□児童との接触が多い職場での就労

13.過去の妊娠や分娩についてお聞きします．
□今回が初めての妊娠
□過去に妊娠したことがある（当てはまる場合，すべてにチェック）
□人工流産（＿＿回），□自然流産（＿＿回），
□異所性（子宮外）妊娠（＿＿回），
□経腟分娩（＿＿回：うち吸引分娩＿＿回，鉗子分娩＿＿回）
□帝王切開分娩（＿＿回），
□早産，□妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症），□常位胎盤早期剥離，□ヘルプ症候群，
□分娩時大量出血
□その他（　　）

14.過去に分娩した児についてお聞きします（当てはまる場合，すべてにチェック）
□出生体重 2,500ｇ未満，□出生体重 3,500ｇ以上，□肩中難産，□死産，□新生児死亡，
□Ｂ群溶連菌（GBS）感染症，□新生児仮死
□その他（　　）

15.今回の妊娠成立法についてお聞きします．
□自然妊娠，□不妊治療治療後妊娠，
□その他（　　）

16.今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします．
□子宮筋腫，□子宮内膜症，□子宮腺筋症，□子宮奇形，□卵巣腫瘍，
□その他（病名：　　）

17.今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします．
□高血圧，□糖尿病，□腎疾患，□心疾患，□甲状腺疾患，□肝炎，□自己免疫性疾患，
□脳梗塞，□脳内出血，□てんかん，□精神疾患，□血液疾患，□悪性腫瘍，□血栓症
□その他（病名：　　）

18.ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか？
□高血圧，□糖尿病
□その他の遺伝性疾患（病名：　　）

住所　〒

氏名

TEL・携帯　（　　）