

妊婦さんへの問診票

診察券番号： _____ 妊婦確認・健診＋分娩予約・健診のみ（他院分娩）・分娩予約のみ
看護師記載欄 LMP～ _____ w d EDC 20 _____ CRL/BPD 修正→無 有 EDC 20 _____ →本日 _____ w d

今後の健診や治療についての重要な事柄ですので、できるだけ正確にご記入ください。

1. 記入日 20____年____月____日 お名前_____
2. 年齢 _____歳 身長_____cm 妊娠前の体重_____kg
3. 月経について： 一番最近の月経は？ _____月____日に開始 周期は：順 不順 _____日周期
4. 今回の妊娠成立法についてお聞きします。 自然妊娠 不妊症治療後妊娠 その他（ _____ ）
5. 妊娠の確認方法：市販の検査薬（____月____日） 他院（病院名： _____月____日） 未確認
6. 現在、結婚していますか？
既婚（_____歳の時） 未婚（入籍予定 離婚の経験 なし あり）
7. 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： _____） その他のアレルギー（ _____ ）
たばこ：吸わない 以前吸っていた（ _____歳まで） 現在吸っている（ _____本/日）
飲酒：しない する（妊娠後止めた 週・月に_____回 種類_____を量_____/日）
8. 過去に造影剤を使用したことがありますか？ なし あり→副作用はありましたか？なし あり
9. 喘息がありますか？ なし あり（最終発作は_____歳）
1年以内に発作があった方は、発作時の対処法は？（ _____ ）
10. 過去に手術をしたことがありますか？
なし あり（ _____歳、手術名_____入院の有無：有 無）
11. 過去に輸血を受けたことがありますか？ なし あり（理由： _____）
12. 子宮がん検診を受けたことがありますか？ なし あり（最後に受けたのは20____年____月）
13. 現在、服用している薬はありますか？ なし あり（薬品名： _____）
14. 子宮頸部円錐切除（子宮頸がんの治療）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20____年 ____月）
15. 過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？（当てはまる場合、すべてにチェック）
発熱 発疹 頸部リンパ節の腫れ 風疹患者との接触 児童との接触が多い職場での就労
16. 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 妊娠（ _____回） 出産（ _____回）以下全てにチェックをお願いします。
人工流産（ _____回） 自然流産（ _____回） 異所性（子宮外）妊娠（ _____回）
経膈分娩（ _____回：うち吸引分娩_____回 鉗子分娩_____回）
帝王切開分娩（ _____回） 早産 死産
妊娠高血圧症候群（妊娠中毒） 妊娠糖尿病 常位胎盤早期剥離 ヘルプ症候群
分娩時大量出血 その他（ _____ ）
17. 過去の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 2500g 未満 出生体重 3500g 以上 肩甲難産 死産 新生児死亡 新生児仮死
B群溶連菌（GBS）感染症 その他（ _____ ）
18. 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。（当てはまる場合、すべてにチェック）
なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍 子宮ポリープ
その他（ _____ ）
19. 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。（当てはまる場合、すべてにチェック）
なし 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 緑内障 結核
その他（病名： _____ ）
20. ご自分の両親や兄弟姉妹に以下の病気を現在または過去に持った方がいますか？また、それはどなたですか？
高血圧（ _____ ） 糖尿病（ _____ ） 静脈血栓塞栓症（ _____ ） 悪性腫瘍（ _____ ） 心筋梗塞（ _____ ） 脳卒中（ _____ ）
その他の遺伝性疾患（病名： _____ ）

この問診票は、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2014（編集・監修：日本産婦人科学会/日本産婦人科医会）」に基づくものです。当院での治療目的以外に本情報を使用することはありません。