

# 問診票( 産科 )

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	様	年齢	血圧用紙 貼付
<p>1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="font-size: small;">当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。                  正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。                  ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 (マイナ保険証を利用しない場合)                  ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)</p> </div>			
<p>2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>			
<p>3. 本日はどのようなことで受診されましたか？</p> <p>症状 ( )</p> <p>それはいつからですか？ ( )</p>			
<p>4. 現在、他の病院に通院されていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>また、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい *お薬手帳 <input type="checkbox"/>持参あり <input type="checkbox"/>持参なし</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です</p> <p>(病名 ) (病院名 ) (薬名 1日 回 日分)</p>			
<p>5. 今までにかかったことがある疾患を記載して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>喘息 (最終発作 歳 定期的な治療 <input type="checkbox"/>あり・<input type="checkbox"/>なし 常用薬: )</p> <p><input type="checkbox"/>婦人科疾患(子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣嚢腫、子宮頸がん その他: )</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 ( 歳 ) <input type="checkbox"/>甲状腺疾患( 歳 ) <input type="checkbox"/>膠原病( 歳 )</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 ( 歳 ) <input type="checkbox"/>消化器疾患( 歳 ) <input type="checkbox"/>高脂血症( 歳 )</p> <p><input type="checkbox"/>精神疾患( 歳 ) <input type="checkbox"/>脳・神経疾患( 歳 ) <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>・過去に心療内科や精神科を受診したことがありますか <input type="checkbox"/>なし・<input type="checkbox"/>あり</p> <p>・過去に眠剤や安定剤などの内服したことがありますか <input type="checkbox"/>なし・<input type="checkbox"/>あり</p> <p>・これまでに手術をしたことはありますか <input type="checkbox"/>なし・<input type="checkbox"/>あり</p> <p>(何歳 : 病名: 病院名 )</p> <p>(何歳 : 病名: 病院名 )</p> <p>・輸血を受けたことはありますか <input type="checkbox"/>なし・<input type="checkbox"/>あり</p>			
<p>6. この1年間で健診(特定健診)を受診しましたか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(いつ: 指摘事項: )</p> <p>・子宮頸部細胞診(子宮がん検診)は受けたことがありますか</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり : 最終の検診日 年 月 <input type="checkbox"/>正常・<input type="checkbox"/>異常</p>			
<p>7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？</p> <p>薬 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (アレルギー症状 )</p> <p>食べ物 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (アレルギー症状 )</p> <p>金属 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (アレルギー症状 )</p>			
<p>8. 喫煙・飲酒についてお答えください</p> <p>アルコール : 妊娠前 <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む (何を どれくらい )</p> <p>喫煙 : 本人 妊娠前 <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う ( 本/日、 喫煙歴 歳~ 歳 本/日 )</p> <p style="padding-left: 20px;">妊娠中 <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う ( 本/日 )</p> <p>喫煙 : 夫・パートナー <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う ( 本/日 )</p>			

9. 最近の身長・体重を教えてください

身長 \_\_\_\_\_ cm 非妊時の体重 \_\_\_\_\_ kg

10. 今回の妊娠について

- ・最終月経の開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から( )日間
- ・月経の周期は何日型ですか (月経が始まってから次の月経の前日まで)  
 早い時( )日位、遅い時( )日位
- ・妊娠反応の検査はしましたか  はい ・  いいえ 検査日( / )
- ・出産予定日が既に決まっていたら記入してください \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- ・不妊治療で妊娠されましたか  はい ・  いいえ  
 不妊治療ありの場合、その治療法を教えてください(複数選択可)  
 タイミング療法  排卵誘発剤(内服・注射)  人工授精  体外受精  顕微授精
- ・葉酸サプリメントの内服  なし ・  あり (摂取開始時期  妊娠前 ・  妊娠後)
- ・妊娠 16 週以降に当院を初診された方  
 妊娠 16 週未満の出血はありましたか  なし ・  あり  
 妊娠 16 週以前に 1 週間以上内服した薬があれば、記載して下さい。( )

11. 過去の妊娠・出産等について

・妊娠したことがある方は、以下の表に○をつけ、必要事項を記入して下さい。

	正常分娩	吸引分娩	帝王切開	流産	人工中絶	その他	週数	生まれた時の体重 性別	病院名
年 月 歳								男・女 g	
年 月 歳								男・女 g	
年 月 歳								男・女 g	
年 月 歳								男・女 g	
年 月 歳								男・女 g	
年 月 歳								男・女 g	

- ・妊娠・出産の際に以下の内容があった場合、番号に○をつけて詳細をカッコ内に記載してください。
- 1) 切迫早産(内服治療・自宅安静・入院加療)      2) 高血圧(内服加療・入院加療)      3) 頸管縫縮術
- 4) 妊娠糖尿病      5) 分娩時の輸血      6) 吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開はその理由
- 7) 新生児疾患(疾患名、一緒に退院できなかった場合はその理由、GBS(B 群溶連菌)感染症の治療の有無)
- 8) 上のお子さんが治療を受けている、発達でフォローを受けている
- ( )

・結婚していますか  はい \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 歳  
 ( 本人:  初婚 ・  再婚 / 夫 ・ パートナー:  初婚 ・  再婚 )

いいえ (入籍予定  あり  なし  未定)

・職業 本人 ( ) 夫 ・ パートナー ( )

・ご家族の中で遺伝する病気や大きな病気をした方がいらっしゃいましたら続柄と病名を記載ください  
 ( )

\* 産婦人科外来で血圧と体重を測定し、問診表と共に窓口へ提出して下さい。

血圧計は 9 番予診・処置室の横にあります