

妊娠問診票 初診時



氏名 _____ 年齢 _____ 歳

1. 身長 _____ cm 妊娠前の体重 _____ kg

2. 最終月経開始日 _____ 月 _____ 日
周期は 順 → _____ 日型 不順

3. 現在の婚姻関係について
 初婚 (_____ 歳時)
 _____ 回目結婚 (_____ 歳時)
 入籍予定 (_____ 月頃) 入籍予定なし

4. 今回の妊娠成立までの経過について
 自然妊娠
 不妊治療妊娠 →

治療内容

5. 分娩について
 当院希望 他院希望
 分娩場所はこれから相談したい
 人工妊娠中絶希望
 妊娠継続するか迷っている

6. 過去に妊娠したことがありますか？
 今回が初めての妊娠 → 設問 8 へ
 過去に妊娠したことがある

- | | |
|---|----------------------------------------------------------------|
| ① | 西暦 _____ 年 _____ 週 _____ g 当院・他院 |
| | <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引や鉗子分娩 |
| | <input type="checkbox"/> 帝王切開 → 理由 (_____) |
| ② | 西暦 _____ 年 _____ 週 _____ g 当院・他院 |
| | <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引や鉗子分娩 |
| | <input type="checkbox"/> 帝王切開 → 理由 (_____) |
| ③ | 西暦 _____ 年 _____ 週 _____ g 当院・他院 |
| | <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引や鉗子分娩 |
| | <input type="checkbox"/> 帝王切開 → 理由 (_____) |
| ④ | 西暦 _____ 年 _____ 週 _____ g 当院・他院 |
| | <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 吸引や鉗子分娩 |
| | <input type="checkbox"/> 帝王切開 → 理由 (_____) |

異所性(子宮外)妊娠 (_____ 回)
1) 西暦 _____ 年 _____ 週頃

自然流産 (_____ 回)
1) 西暦 _____ 年 _____ 週頃 3) 西暦 _____ 年 _____ 週頃
2) 西暦 _____ 年 _____ 週頃 4) 西暦 _____ 年 _____ 週頃

人工妊娠中絶 (_____ 回)
1) 西暦 _____ 年 _____ 週頃 3) 西暦 _____ 年 _____ 週頃
2) 西暦 _____ 年 _____ 週頃 4) 西暦 _____ 年 _____ 週頃

7. 過去の妊娠・分娩で異常はありましたか？

- 早産 ヘルプ症候群
- 妊娠高血圧症候群 分娩時大量出血
- 常位胎盤早期剥離 肩甲難産
- 死産 新生児死亡 新生児仮死
- 児の B 群溶連菌 (GBS) 感染
- その他 (_____) なし

8. 骨盤や脊柱に異常がありますか？

(側弯症、先天性股関節脱臼、骨盤骨折の既往など)

- いいえ
- はい →

--

9. 薬や食べ物などのアレルギー

- なし
- あり →

--

10. 喘息がありますか？

- なし あり (最終発作 _____ 歳)

11. タバコ・飲酒について

- | | | |
|-----|---|-----------------------------------------------------------------|
| タバコ | { | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠前吸っていた |
| | | <input type="checkbox"/> 現在吸っている (_____ 本/日) |
| | | <input type="checkbox"/> 家族・同居人が吸っている |
| 飲酒 | { | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 妊娠前はしていた |
| | | <input type="checkbox"/> 現在飲酒している (_____ /日) |

12. 次のどれかを使用していますか？

- 眼鏡 コンタクト 補聴器 使用なし

13. 現在服用しているお薬、サプリメントなど
栄養機能食品はありますか？

- いいえ
- はい →

--

14. 今までにカウンセラーや心療内科・精神科等で自分のことを相談したことはありますか？

- なし
- あり（内容： _____ ）
- これから相談したい（内容： _____ ）

15. 睡眠剤・抗不安薬・向精神薬を過去に処方されて服用していたことがありますか？

- はい → いつ頃（ _____ 年～ _____ 年まで）
- いいえ

薬剤名

16. 過去に手術または放射線治療などを受けたことがありますか？（美容形成や乳房形成を含む）

- なし あり（ _____ ）

17. 子宮頸がん検診を受けたことがありますか？

- あり（最終検診 _____ 年 _____ 月） なし

18. 子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか？

- なし あり 受けたのは（ _____ 年 _____ 月）

19. 過去に輸血を受けたことがありますか？

- なし
- あり 受けたのは（ _____ 年 _____ 月）

※理由（ _____ ）

20. 過去3ヵ月以内に以下のことはありましたか？

- なし 発熱 発疹
- 首のリンパ節の腫れ
- 風疹患者との接触
- 小児との接触が多い職場での就労

21. 過去3ヵ月以内の海外渡航について

- なし
- 自分が行った（場所： _____ ）
- 同居家族が行った（場所： _____ ）
- パートナーが海外に行くことがある

22. 発疹の出る病気について

- ☆麻疹（はしか）
 - かかった ワクチンをうけた 不明
- ☆風疹
 - かかった ワクチンをうけた 不明
- ☆水痘（水ぼうそう）
 - かかった ワクチンをうけた 不明

23. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患について

- 子宮筋腫 子宮内膜症
- 子宮腺筋症 子宮奇形
- 卵巣腫瘍 乳腺疾患（良性・悪性）
- 性器ヘルペス 尖圭コンジローマ
- その他（ _____ ）

24. 今までに指摘されたことのある病気について（当てはまる場合すべてにチェック）

- 高血圧 糖尿病 甲状腺疾患
- 腎疾患 心疾患 肝炎
- 自己免疫性疾患
- 脳梗塞 脳出血 てんかん
- 精神疾患 血液疾患
- 悪性腫瘍 血栓症
- その他（ _____ ）

25. ご自分の両親あるいは兄弟姉妹に以下の病気を現在もしくは過去に持った方がいますか？

- 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症
- その他の遺伝性疾患（病名： _____ ）

その他、気になる症状やご意見あれば