

(ID:)

初診・問診票

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ			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:)	

※2週間以内に、新型コロナウイルス感染症発生病院を受診しましたか？ はい いいえ 不明

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()

妊娠以外の症状にて ※当てはまる項目すべてにチェックをお願いします

- 不正出血 下腹痛 おりものが気になる 外陰部かゆみ 月経痛
- 月経不順 月経日変更 子宮がん検診 子宮筋腫 卵巣のう腫
- 排尿痛 更年期障害 子供がほしい 男女産み分けの相談
- 避妊の相談 緊急避妊 その他()

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
- ・閉経したのは()歳・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	経過	結果
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 ()	流産・中絶
病院名				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 ()	
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 ()	流産・中絶
病院名				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 ()	
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 ()	流産・中絶
病院名				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 ()	
西暦 年 月 日	週 / g	男・女	健・否	妊娠経過: 正常 / 異常 ()	流産・中絶
病院名				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 ()	

(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	
		解熱鎮痛剤の使用歴(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→薬剤名:)					
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)	
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

※ご登録いただきました個人情報は、当院からのご案内や各種情報提供をする場合に使用させていただくことがございます。あらかじめご了承ください。