

ID: _____

記入日 年 月 日

産科用問診票

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 年 月 日 (歳)

〒 _____ 住所 _____ 電話番号 _____

職業 _____ 身長 _____ cm 妊娠前の体重 _____ kg 血圧 _____

1. 月経について

最終月経開始日は? _____ 月 _____ 日に開始 周期は: 順 不順

2. 現在の婚姻関係について

初婚(_____ 歳時) (_____)回目の結婚(_____ 歳時) 入籍予定 入籍予定なし

3. 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: _____)

ラテックスアレルギー: なし あり

たばこ: 吸わない

妊娠前吸っていた 現在吸っている(_____ 本/日) 家族・同居人が吸っている

飲酒: しない 妊娠前はあった 現在飲酒している(_____ 本/日)

4. 喘息がありますか? なし あり(最終発作は _____ 歳)

5. 現在服用している、または過去に処方されて服用していた薬、サプリメントなど栄養機能食品はありますか?

なし あり (葉酸 睡眠剤 抗不安薬 向精神薬 その他具体的な内容: _____)

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

なし あり (_____)

7. 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 _____ 年 _____ 月)

8. 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)

9. 乳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 _____ 年 _____ 月)

10. 過去に輸血を受けたことがありますか?

なし あり(理由: _____)

11. 過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか?

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

12. 海外渡航についてお聞きします

過去3ヶ月以内に自分が行った(場所: _____)

過去3ヶ月以内に同居家族が行った(場所: _____)

パートナーが海外に行くことがある

★裏面もご記入ください★

