

妊婦さん用問診票

年 月 日

お名前： _____ (ローマ字： _____)

以下の下線部には数値を、当てはまる項目は□にチェックをお願い致します。

- 1) 分娩を希望しますか？ 当院での分娩を希望、 他院での分娩を希望（里帰り・セミオープン）、
 分娩場所未定、 中絶を希望

分娩件数月 35 件で分娩制限させていただいております。

当院の分娩ご希望の方には本日の診察終了後に仮予約申込書の提出をお願いしております。

当院で分娩可能かどうかは妊娠 14 週頃にお伝えするようにしています。

- 2) 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 (_____)

- 3) 現在、結婚していますか？

結婚している _____ 年 _____ 月 (_____ 歳時) (初婚・再婚)

結婚していない (入籍予定・入籍予定なし)

- 4) 過去の妊娠や分娩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)

経膈分娩 (_____ 回) 帝王切開分娩 (_____ 回) 自然流産 (_____ 回) 人工中絶 (_____ 回)

異所性(子宮外)妊娠 (_____ 回)

早産 子宮頸管縫縮術 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 常位胎盤早期剥離 ヘルプ症候群

分娩時大量出血 その他 (_____)

____年 (____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院

____年 (____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院

____年 (____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院

____年 (____) 歳 (中絶・流産・正常・吸引・鉗子・帝切) _____ 週 _____ g 男・女 当院・他院

- 5) 過去に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 2,500g 未満 出生体重 3,500g 以上 死産 新生児死亡 B 群溶連菌 (GBS) 感染症

新生児仮死 肩甲難産 その他 (_____)

- 6) 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。

なし 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 子宮奇形 卵巣腫瘍 子宮頸癌

その他 (病名 _____)

- 7) 喘息がありますか？

なし あり (最終発作は _____ 歳時、現在の薬の使用 なし あり (_____))

- 8) 今までに指摘されたことのある病名についてお聞きします。

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 脳出血 てんかん 精神疾患 (統合失調症 うつ病 パニック障害 不安神経症)

血液疾患 血栓症 悪性腫瘍 乳腺疾患 (良性・悪性)

その他 (病名 _____)