

大塚産婦人科問診票 (産科用)

記入日 年 月 日

| | | | | | | |
|------------------------|---------------------|------|------|---------------|---------|----------|
| フリガナ | | 生年月日 | S | | | |
| 氏名 | | | H | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 建物名称 () 部屋番号 () | | | | | |
| 自宅電話番号 | - | - | 結 婚 | 未婚 ・ 既婚 ・ 婚約中 | | |
| 携帯電話番号 | - | - | 身長 | cm | ・ 非妊時体重 | kg |
| 身元保証人 (配偶者またはパートナー) 氏名 | | | | 年 | 月 | 日生 () 歳 |
| 住所 | | | 携帯電話 | - | - | |
| その他緊急連絡先 | | | | | | |
| 実家 (旧姓) | | | 電話番号 | - | - | |
| 住所 | | | | | | |

1. 妊娠の診断

最終月経 : 月 日より 日間 生理周期 : 日型 ・ 不順

市販検査薬 : 陰性 ・ 陽性 (検査日 月 日) ・ 未施行

不妊治療 : 無 ・ 有 (病院名)

2. 現在の症状 下腹部痛 出血 ・ つわりがひどく体重減少 ・ その他 ()

3. 出産希望 (今回の出産の継続) する ・ しない ・ 悩み中

4. 今回の出産予定病院 (可能性のある施設に○をつけてください。2つでも可)

当 院 ・ 帰省分娩 ・ 近隣他院 ・ 未定

5. 今までの妊娠・分娩についてお聞きします

() 回妊娠 ・ () 回経産 ・ 流産 () 回 ・ 人工妊娠中絶 () 回

出生時体重 出生週数

H 年 男・女 (g) (週) 当院・他院 (正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開)

妊娠時・分娩時の異常等 () ・ 分娩所要時間 ()

H 年 男・女 (g) (週) 当院・他院 (正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開)

妊娠時・分娩時の異常等 () ・ 分娩所要時間 ()

H 年 男・女 (g) (週) 当院・他院 (正常 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開)

妊娠時・分娩時の異常等 () ・ 分娩所要時間 ()

6. アレルギー なし ・ あり (食物 ・ 金属)

喘 息 なし ・ あり (最終発作 年 月 日頃)

喫 煙 吸わない ・ 吸う (本/日) ・ 以前吸っていた (才頃まで)

常用している薬 なし ・ あり (薬名)

7. 既往歴 (今までかかった大きな病気・手術・メンタル面・心療内科への通院等)

なし ・ あり ()

8. 家族歴 (血のつながりのあるご家族で、以下に該当するもの)

なし ・ あり (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 悪性腫瘍 ・ その他 ())

9. 仕事 有 ・ 無 (職種)

10. 当院への通院可能曜日・時間 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) (時 ~ 時)

11. その他、気になること、質問など ()