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・H　　年　　月　　日 （　　歳）
氏　　名			
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			

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（　　）
市販検査薬	陰性　・　陽性　（検査日　　月　　日）　・　未施行
出産希望	今回の出産の継続　　する　・　しない　・　悩み中
出産予定病院	当院　・　帰省分娩　・　近隣他院　・　未定　　【※複数回答可】
当院を何で知りましたか	ホームページ　・　看板　・　口コミ　・　検索サイト　・その他（　　）
その他気になる事、要望等	受付　・看護師　・　医師

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身　　長　：　＿＿＿＿cm　　避妊時体重　：　＿＿＿＿kg

最終月経　：　　月　　日より　　日間　　生理周期　：　日型　・　不順（　　～　　）

不妊治療　：　無　・　有　（病院名　　）

○ 今までの妊娠・分娩について

（　　）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

（　　）才　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（　　）

（　　）才　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（　　）

○ アレルギー　　無　・　有　（食物　・　金属　　）

喘　　息　　無　・　有　（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）

○ 既往歴、合併症 ※今までに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

無　・　有（　　）⇒ 常用薬（　　）

○ 家族歴 ※血縁者で右記に該当するもの（ 高血圧　・　糖尿病　・　その他（　　）

○ 仕事　　無　・　有　（職種　　）