

## 大塚産婦人科小児科医院 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
氏名				(	歳)
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 )