

記入年月日 年 月 日

# 問診票

ご記入いただいた個人情報は診療以外に使用することはありません。正確なご記入をお願いいたします。

フリガナ

(西暦)

本人氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

職業 \_\_\_\_\_

携帯番号 ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

電話番号の変更は必ずお知らせください。

住所 \_\_\_\_\_ 自宅 ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*以下の質問にお答えください。(○で囲むか、必要事項を記入してください。)

【1】 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (妊娠中の方は、妊娠前の体重をご記入下さい。)

性交渉の経験 (有・無) (性交渉の経験のない方の場合は、内診が困難なことがあるためです。)

出産回数 \_\_\_\_\_ 回 最終月経 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) 閉経 \_\_\_\_\_ 歳

【2】 本日はどのようなことで来院されましたか? (該当の番号に  を入れてください)

1. 妊娠の診察

市販の検査薬では ( 陽性・陰性 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ・していない )

妊娠確定後 ( 産みたい ( 当院での分娩希望 ・ その他 \_\_\_\_\_ ) ) ・ 今回は見合わせる ・ 考慮中 )

月経周期は順調ですか ( 順 \_\_\_\_\_ 日周期 ・ 不順 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日 )

2. がん検診希望 ( 子宮頸がん・子宮体がん )

今治市補助券利用 ( 有 ・ 無 ) / 職場が検査費用負担 ( 有 ・ 無 )

3. 月経不順 又は 月経に伴う症状の相談

{ \_\_\_\_\_ }

4. 不妊の相談 ( 風疹にかかったこと : 有 ・ 無 )

5. その他 最終子宮がん検診日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

{ \_\_\_\_\_ }

【3】 アレルギーについて

1. 薬のアレルギーはありますか?

ない ・ ある → { 薬剤名とどのような症状が出たか記入してください 例: 抗生剤→じんましん  
アルコール綿→かぶれ }

2. 食物のアレルギーはありますか?

ない ・ ある → { 食材名とどのような症状が出たか記入してください 例: たけのこ→湿疹 }

【4】 既往歴について

1. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか?

( チェックを入れ、通院歴・内服歴・治療の状況など、出来るだけ詳しくご記入ください )

特になし  喘息 ( 最終発作 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 ) 吸入器使用 あり・なし )

高血圧  肝臓疾患  甲状腺疾患  糖尿病  心臓病  腎臓病

{ \_\_\_\_\_ }

てんかん  精神疾患  聴覚障害  緑内障  アレルギー性鼻炎  その他

{ \_\_\_\_\_ }

手術歴 { \_\_\_\_\_ }

複数ある方は、

【7】をご利用ください

\*現在、内服中の薬はありますか? ( 有 ・ 無 ) ありの方は、いつから何の薬を飲んでいますか?

{ \_\_\_\_\_ }

■当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

■医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関になっております。

■正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

《妊娠に関わる診察の方はご記入ください》

フリガナ

(西暦)

夫(パートナー)氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

職業 \_\_\_\_\_

携帯番号 ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 自宅 ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(里帰り出産の方はご記入ください)

〒 \_\_\_\_\_ (旧姓 \_\_\_\_\_)

里帰り先住所 \_\_\_\_\_ 電話 ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

県外より里帰り出産の方  償還払い ( 領収書のみ ・ 票記入あり )  病院と契約済

【5】妊娠・出産歴について

1. 結婚していますか？

未婚 ( 入籍予定 なし・あり ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃予定) )

既婚 ( 結婚年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ) ( 本人 初婚・再婚 / 夫 初婚・再婚 )

2. 妊娠歴・出産歴があれば記入してください。

妊娠回数 \_\_\_\_\_ 回 出産回数 \_\_\_\_\_ 回 流産回数 \_\_\_\_\_ 回 中絶回数 \_\_\_\_\_ 回

No	出産年月日 (西暦)	妊娠週数	児体重	性別	健否	分娩方法 ○をつける	妊娠中・分娩時の特記事項	分娩場所
例	2020年 〇月 〇日	39週	3000g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開	切迫早産で入院 妊娠高血圧症候群(HDP) など	当院 他院 ( 〇〇病院 )
1	_____年 _____月 _____日	_____週	_____g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 ( _____ )
2	_____年 _____月 _____日	_____週	_____g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 ( _____ )
3	_____年 _____月 _____日	_____週	_____g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 ( _____ )
4	_____年 _____月 _____日	_____週	_____g	男 女	健 否	経膈分娩 帝王切開		当院 他院 ( _____ )

【6】家族歴について

高血圧  糖尿病  がん  心疾患

続柄 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

精神疾患  脳疾患  その他  特になし

続柄 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) [ \_\_\_\_\_ ]

【7】手術歴

手術年月日	病名	手術方法	麻酔	輸血	病院名
_____年 _____月 _____日		開腹・内視鏡 その他 ( _____ )	全身麻酔・腰椎麻酔 局所麻酔	有 無	
_____年 _____月 _____日		開腹・内視鏡 その他 ( _____ )	全身麻酔・腰椎麻酔 局所麻酔	有 無	
_____年 _____月 _____日		開腹・内視鏡 その他 ( _____ )	全身麻酔・腰椎麻酔 局所麻酔	有 無	

# ご出産予定の方へ

名前 \_\_\_\_\_ 様

私たちきら病院スタッフ一同は、妊娠中から産後にかけて母子へのより良いサポートを提供したいと考えております。そのため、生活環境やお気持ちの変化について伺わせていただきます。

なお、個人情報外部に漏れることはありませんのでご安心ください。該当するものに○、もしくはご記入ください。

1. 一緒に住んでいる方はどなたですか？具体的にご記入ください。

(例) 夫、夫の母、子供2人(自分の実子)、子供1人(夫の連れ子)、パートナー、ひとり暮らし・など  
〔 \_\_\_\_\_ 〕

2. あなたは現在仕事をしていますか？

している      していない      \*している方は・・・ 正社員   ・ パート   ・ その他

\*仕事内容 ( \_\_\_\_\_ )

\*産後の予定 ( 復帰する(復帰の時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)   ・ わからない )

3. あなたは現在タバコを吸っていますか？

吸わない      吸っている ( \_\_\_\_\_ 本/日)      妊娠がわかって禁煙した(妊娠前 \_\_\_\_\_ 本/日)

同居中の家族に喫煙者がいる ( 夫   パートナー   その他( \_\_\_\_\_ ) ) → 分煙あり   ・ 分煙なし  
( 夫   パートナーの喫煙習慣   1-10本/日   10-20本/日   20本以上)

4. アルコールを飲む習慣がありますか？

ない      ある ( 毎日   時々   その他 \_\_\_\_\_ )      妊娠がわかって禁酒した(妊娠前は \_\_\_\_\_ )

5. 現在あなたの1番の相談相手は誰ですか？

夫(パートナー)      友人      実母      兄弟姉妹      職場の同僚      その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 産後、あなたと赤ちゃんが帰る場所はどこですか？

自宅      自分の実家      夫の実家      その他

※自宅以外と答えられた方は、自宅へはいつ頃帰る予定ですか？

産後1カ月頃      産後2~3カ月頃      わからない

7. ご実家はどちらですか？ (例) 愛媛県今治市

ご本人様：

夫・パートナー：

8. 産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか？

いる      ☆具体的には誰ですか？ ( \_\_\_\_\_ )

いない

9. これまでに、うつ病やパニック障害など、お気持ちの面に関する事で、通院・入院・薬を飲む・またはカウンセリングを受けたことはありますか？

ない

ある

〔 \_\_\_\_\_ 〕

10. これまでに、夫、またはパートナーから様々な暴力を受けたことはありますか？

ある

〔 \_\_\_\_\_ 〕

ない

11. その他、不安に思っていることや、心配なことがあれば何でもお書きください。

〔 \_\_\_\_\_ 〕

<スタッフ記入欄> ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )