

問診票（周産期）

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名						
		職業				
夫（パートナー）氏名 [] 年齢 () 歳 職業 ()						
緊急連絡先	氏名 []	☎	—	—	(続柄:)	
同伴者	氏名 []	☎	—	—	(続柄:)	

○ 今回の妊娠について伺います。

今回の妊娠週数など	妊娠_____週（で出産）	単胎・多胎（ ）胎
分娩（予定日）	西暦（ ）年	月 日
不妊治療後の妊娠	☐ はい ☐ いいえ	
妊娠経験	はじめての妊娠 ・ （ ）回目 流産（ ）回目 死産（ ）回目 中絶（ ）回目	
妊婦検診の医療機関	（ ）	
分娩（予定）の医療機関	（ ）	

○ いま、「困っていること」や「不安なこと」はありますか？ ☐ ない ☐ ある

- ☐ 妊娠出産について ☐ 経済的なこと ☐ 自分自身の身体のこと ☐ 育児の仕方
☐ 夫婦（パートナー）関係 ☐ 家族関係のこと ☐ その他（ ）

○ 今回の妊娠中、おなかの中の赤ちゃんやあなたの身体について、または、お産の時に医師から何らかの問題があると言われていませんか？ ☐ はい ☐ いいえ

○ 困ったときに、相談する人についてお尋ねします。

- ・ 夫(パートナー) には何でも打ち明けることができますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 夫はいない
- ・ 実母には何でも打ち明けることができますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 実母はいない
- ・ 夫 (パートナー) や実母の他にも相談できる人がいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

○ 今回の妊娠中に家族や親しい方が、亡くなったり、重い病気になったり、事故にあったことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

○ 飲酒・喫煙について

- ・ お酒を飲みますか？ 本人 ☐ 飲む（時々・毎日） ☐ やめた ☐ 飲まない
夫（パートナー） ☐ 飲む（時々・毎日） ☐ やめた ☐ 飲まない
- ・ タバコを吸いますか？ 本人 ☐ 吸わない ☐ 吸っていたがやめた ☐ 吸う
夫（パートナー） ☐ 吸わない ☐ 吸っていたがやめた ☐ 吸う

○ 過去に心療内科、精神科を受診された事がありますか？ ☐ ある ☐ ない

医療機関名	疾患名	治療期間	治療状況
		年 月 ～ 年 月	
		年 月 ～ 年 月	

裏面につづく

○ 現在、入院・入所されていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

○ 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？
☐ はい ☐ いいえ

○ 現在、他の医療機関から処方された薬を服用されていますか？

☐ 服用している ☐ 服用していない

医療機関 { } 病 名 { }
薬 剤 名 { } いつから { }

○ お薬手帳を持参されていますか？ ☐ あり ☐ なし

○ 食品や薬でアレルギーがありますか？

食物 ☐ あり ☐ なし 内容 { }
症状 { }
薬物 ☐ あり ☐ なし 内容 { }
症状 { }
その他 { }

○ 利用中の制度はありますか？

☐ 療育手帳（A1・A2・B1・B2） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（ 級）
☐ 自立支援医療 ☐ 身体障害者手帳（ 級）
☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害児福祉手当
☐ その他（ ）

○ 1か月以内に海外渡航歴はありますか？ または、海外での入院歴はありますか？
☐ はい（渡航先： ） ☐ いいえ ※入院歴 ☐ あり ☐ なし

○ マイナンバーカードの健康保険証（マイナ保険証）を持参された方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得する事に同意されましたか？

☐ 同意した ☐ 同意していない

○ 直近1年間で特定健診を受けられましたか？ ☐ 受けた ☐ 受けていない

健診名 { }
時 期 { 年 月 日 }

○ 当院をお知りになった方法を教えてください。

☐ インターネット ☐ 知人の紹介 ☐ 医療機関の紹介 ☐ その他（ ）

○ その他、お尋ねしたい事がございましたら以下にご記入ください。

{ }

質問は以上です。ありがとうございました。問診表は受付までお持ちください。