

産科問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg (妊娠前の体重)

当てはまる項目はにチェックを入れ、下線部には数値や文章をお願いします。

当院は分娩を取り扱ってはおりません。分娩をご希望の方は近隣施設をご紹介させていただきます。

富士市での分娩を希望する 里帰り分娩希望でそれまでの妊婦検診希望 中絶希望

(1)今回の妊娠成立方法をお聞きします。

自然妊娠 不妊治療後妊娠 (_____)

(2)過去の妊娠や分娩について詳しくお聞きします。

年	年齢	分娩方法	分娩週数	新生児体重	性別
年	歳		週	g	
年	歳		週	g	
年	歳		週	g	
年	歳		週	g	

(3)過去の妊娠分娩時に以下の周産期合併症はありましたか？

早産 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病 分娩時大量出血 その他 _____

(4)過去に輸血を受けたことはありますか？

なし あり _____

(5)喘息はありますか？

なし あり (最終発作は _____ 歳 現在薬を使用している場合は _____)

(6)今までに指摘された病気、現在治療中の病気はありますか？

なし

高血圧 糖尿病 腎臓疾患 心疾患 甲状腺疾患 肝炎

てんかん 精神疾患 (統合失調症 うつ病 パニック障害)

血栓症 その他 _____

ご記入有難うございます。受付にお持ちください。

紹介状や検査結果などをお持ちの方は一緒に提出をお願いします。

長谷川産婦人科医院