

# 真田産婦人科麻酔科クリニック問診票

記入日:平成 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭・平 年 月 日 ( )才

郵便番号 〒 - \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号(携帯) - - \_\_\_\_\_ 自宅 - - \_\_\_\_\_

18歳未満の方は保護者の連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

下記の問診にお答えください ※あてはまる項目に☑をお願いします

➤ 日本語で日常会話はできますか  できる  少しできる  全くできない

➤ 受診の目的、現在の症状、先生に尋ねたい事、伝えたい事などをご記入ください

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

➤ 今までに飲み薬、注射、食べ物などで、発疹がでたり具合が悪くなったりしたことはありますか

なし  あり (薬や注射: \_\_\_\_\_ 食べ物: \_\_\_\_\_)

イソジン消毒・アルコール(エタノール含綿)消毒によるアレルギーはありますか  なし  あり

ゴム・バナナ・アボガドなどや金属によるアレルギーはありますか  なし  あり

➤ 医師の指示で飲んでいる薬やふだん飲んでいる薬はありますか  なし  あり

薬名( \_\_\_\_\_ )

➤ 月経について (閉経の方は閉経年齢のみご記入ください)

・はじまったのは \_\_\_\_\_才 ・最終月経開始は\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から\_\_\_\_日間 ・閉経は\_\_\_\_\_才

・月経量  多い  普通  少ない ・周期  順調\_\_\_\_日周期  不順

・月経痛  ひどい(部位 \_\_\_\_\_)  軽い  なし

➤ 今までにかかったことのある産婦人科関連の病気について  なし  あり (当てはまる☐に✓)

子宮筋腫  子宮内膜症  子宮腺筋症  子宮奇形  B群溶連菌(GBS)陽性  卵巣腫瘍

その他(病名: \_\_\_\_\_)

➤ 今までにかかったことのある病気について  なし  あり (当てはまる☐に✓)

喘息(小児喘息・気管支喘息含: 最終発作は\_\_\_\_\_歳)  高血圧  糖尿病  緑内障

腎疾患  心疾患  甲状腺疾患  肝炎  脳梗塞  脳内出血

自己免疫性疾患  血液疾患  悪性腫瘍  静脈血栓塞栓症

てんかん  精神疾患( うつ病  パニック障害  その他( \_\_\_\_\_ ))

その他(病名: \_\_\_\_\_)

➤ 今までに手術を受けたことは  なし  あり(手術名: \_\_\_\_\_)

➤ 今までに輸血を受けたことは  なし  あり

➤ 外陰ヘルペスといわれたことがありますか  なし  あり

➤ 内診台で診察する際、動作上支障はありますか  なし  あり( \_\_\_\_\_ )

➤ 子宮がん検診を受けたことはありますか  なし  あり( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

➤ 今までに性経験がありますか  なし  あり(セックスパートナー:  なし  あり)

裏面もご記入ください ⇒

➤ 嗜好品について

たばこ： 吸わない  以前吸っていた  現在吸っている(1日に\_\_本を\_\_年間)

飲酒： 飲まない  ときどき  ほぼ毎日(1日に(種類) \_\_\_\_\_ を(量) \_\_\_\_\_ ぐらい)

ハーブティやコーヒー、緑茶など：

飲まない  ときどき  ほぼ毎日(1日に(種類) \_\_\_\_\_ を(量) \_\_\_\_\_ ぐらい)

➤ 結婚について している (結婚の時期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

していない (離婚の経験:  なし  あり)

<結婚されている方へ ご主人に関してお聞きます>

・お元気ですか  はい  いいえ( \_\_\_\_\_ )

・同居  している  していない ・年齢\_\_\_\_\_才 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

➤ ご自身の両親、兄弟姉妹の病気について  なし  あり(当てはまるに✓)

喘息  高血圧  糖尿病  腎疾患  心疾患  静脈血栓塞栓症  精神疾患

遺伝性疾患(病名: \_\_\_\_\_ )

➤ 今までの妊娠や分娩について

妊娠したことはない

妊娠したことがある (妊娠回数: \_\_\_\_\_ 回 / 出産回数: \_\_\_\_\_ 回)

	出産月	妊娠週数	性別	体重	分娩方法	出産場所
1	年 月 日	週	男・女	g	自然分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開	当院・他院
2	年 月 日	週	男・女	g	自然分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開	当院・他院
3	年 月 日	週	男・女	g	自然分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開	当院・他院
4	年 月 日	週	男・女	g	自然分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開	当院・他院

自然流産  なし  あり( \_\_\_\_\_ 回/ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 年)

人工中絶  なし  あり( \_\_\_\_\_ 回/ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 年)

子宮外妊娠  なし  あり(手術: なし  あり \_\_\_\_\_ 年)

**現在、妊娠している もしくは 妊娠の可能性のある方へお聞きます**

➤ 今回の妊娠について

自然妊娠  不妊症治療後妊娠  その他( \_\_\_\_\_ )

➤ ここ3カ月以内について

次の症状はありますか  発熱  発疹  頸部リンパ節の腫れ  なし

風疹患者との接触はありましたか あるいは児童との接触が多い仕事ですか  いいえ  はい

➤ 今までの妊娠、出産の経過について  なし  あり(当てはまるに✓)

妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)  早産( \_\_\_\_\_ 週)  常位胎盤早期剥離

ヘルプ症候群  分娩時大量出血  その他( \_\_\_\_\_ )

➤ 出産した児について  なし  あり(当てはまるに✓)

肩甲難産  新生児仮死  死産  新生児死亡  B群溶連菌(GBS)感染症

その他( \_\_\_\_\_ )

➤ 子宮頸部円錐切除術を受けたことがありますか  なし  あり( \_\_\_\_\_ 年に手術)

➤ 妊娠を続けることを希望しますか  はい(当院・他院)  いいえ  わからない

この問診票は記入後、受付にご提出ください