



LMP(/) GA(w d) EDC(/)

年 月 日

産科外来受診の方へ

(※ご記入後、産婦人科外来相談室(受付)にご提出下さい)

フリ ガナ

氏 名

診察券番号

年齢 歳 / 身長 cm / 体重(妊娠前) kg 体重(本日) kg

■本日受診された理由は何ですか？主なものにチェックをつけて下さい。

妊娠 市販検査薬 検査で陽性反応 検査日(/) 未検査

当院分娩希望 あり なし 未定・その他()

無痛分娩希望 あり なし 迷っている・その他()

妊婦健診は？ 他院希望 当院希望 未定・その他()

その他気になる症状 _____

■結婚していますか？ 未婚 結婚 歳 離婚 歳 再婚 歳

■ご職業は何ですか？ _____

■一番最近の月経はいつからですか？ 月 日より 日間

■ふだんの月経量は平常より 多量 中等量 少量

■ふだんの月経の周期は何日型ですか？ 28日 30日 その他(日)

■ふだんの月経の周期は規則的ですか？ 規則的 不規則()

■今回の妊娠成立法は？ 自然妊娠 不妊治療()

■患者様を取り巻く状況についてお聞かせください。

▶夫(パートナー)は健康ですか？ はい いいえ()

▶夫(パートナー)のご年齢は？ (歳)

▶夫(パートナー)のご職業は？ ()

▶夫(パートナー)はたばこを吸いますか？ はい いいえ

▶夫(パートナー)はお酒を飲みますか？ はい いいえ

▶産後サポートについて 実母は？ サポート可能 サポート困難 いない

実家は？ 横浜市内 横浜市外()

産後居住される場所は？ 自宅 実家 その他()

実母以外、サポートしてくれる方は？ いる() いない

産後ケア入院についてご興味はありますか？ いいえ はい

《ウラ面へ続きます》

- 今までにかかった病気や指摘された病気、治療中の病気があれば、チェックし、()にご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 喘息	(		歳頃)	<input type="checkbox"/> 高血圧	(		歳頃)
<input type="checkbox"/> 糖尿病	(		歳頃)	<input type="checkbox"/> 心臓病	(		歳頃)
<input type="checkbox"/> 甲状腺	(		歳頃)	<input type="checkbox"/> 肝炎	(		歳頃)
<input type="checkbox"/> その他	(病名:)

- 今までに手術や輸血の経験はありますか？
なし あり 病名: _____
 いつ頃: _____

- 現在摂取している薬やサプリメントはありますか？
なし あり 薬品名: _____

- アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入し、アレルギーの出た時の症状を記載してください。

<input type="checkbox"/> 薬品	(		)	(症状:)		
<input type="checkbox"/> 食品	(		)	(症状:)		
<input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> ゴム	<input type="checkbox"/> その他	()	(症状:)

- たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた
 ※吸う または 過去に吸っていた方は、喫煙歴と本数はどのくらいですか(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

- お酒 飲まない 飲む (種類: _____、1回 _____ 杯、ほぼ毎日 機会がある時)
 飲んでいたがやめた(種類: _____、1回 _____ 杯、ほぼ毎日 機会がある時)

- 過去に心療内科や精神科、メンタルクリニックにかかったことはありますか？
なし あり _____ 歳頃 診断名: (_____) 通院病院名: (_____)
 ◆現在の通院 なし あり ◆内服の有無 なし あり (薬品名 _____)

- 過去3ヶ月以内に以下のことがあればチェックして下さい。
発熱 発疹 首のリンパ節の腫れ 児童との接触が多い職場での就労

- 身内の方に、高血圧・糖尿病・肝炎・がん・白血病・遺伝性の病気の方はいらっしゃいますか？
いいえ はい(どなた _____ が、どのような病気: _____)

- 過去1年以内に子宮癌検診を受けたことがありますか？
はい(「はい」の方は以下に結果と異常ありの場合は内容を記入して下さい) いいえ
 子宮頸癌検診実施日: (____ / ____) 結果:異常なし 異常あり (_____)

- 過去1年以内に予防接種(ワクチン)を受けたことがありますか？
 接種をされた予防接種(ワクチン)の種類にチェックいただき、最後に接種した日付をご記入ください。
新型コロナワクチン(____ / ____) 子宮頸癌ワクチン(____ / ____) 風疹ワクチン(____ / ____) 麻疹ワクチン(____ / ____)
その他ワクチン(_____)(____ / ____)

■ 今まで妊娠歴と分娩歴を教えてください。

年齢	妊娠週数	概要 (正常分娩・吸引鉗子分娩・帝王切開・流産・中絶など)	児の性別	児の体重 (出生時)

- マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する 同意しない
- 過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明
※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。
 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します。