

# 産科予診カード

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 ( ) 才 <生年月日> 大・昭・平・令 年 月 日

※氏名での呼出しを希望されない方は○印をして下さい→ (希望しない)

住所〒

ご職業

電話番号 ※検査等で当院から連絡する場合がありますので、希望連絡先に○印をつけて下さい

自宅 ( ) 携帯 ( ) 体重 kg 身長 cm

## 1. 結婚についてお聞きします。

a. 結婚 ( 昭和・平成・令和 年)・同棲中・未婚・離婚の経験 ( あり ・ なし )

## 2. ご主人についてお聞きします。

年齢 ( 才)・ご職業 ( )・健康状態 (良好 ・ 不良:病名 )

## 3. ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気を持った方がいますか? 項目の□にチェックをして下さい。

なし

高血圧(父・父方祖父・父方祖母・母・母方祖父・母方祖母・その他 )

糖尿病(父・父方祖父・父方祖母・母・母方祖父・母方祖母・その他 )

乳がん(母・祖母・姉・妹)  卵巣がん(母・祖母・姉・妹)  その他の遺伝性疾患( )

## 4. 今回の診察の目的を教えてください。当てはまる項目にはすべて□にチェックを( )には数値をお願いします。

妊娠らしい(妊娠検査薬 月 日施行 陽性 ・ 陰性 )

出産を希望する→ a 当院にて b 他院へ里帰り予定 c 未定

出産を希望しない

考慮中(妊娠の継続を迷っている)

その他 ( )

## 5. 月経についてお聞きします。

a. 最終月経開始日 月 日 ~ 日間

b. 月経周期: 月経が始まった日から、次の月経開始前日までの日数

規則的 ( ) 日型 不規則 ( ~ ) 日型

c. 月経痛 ( ない・少しある・強い)

d. 月経の量 ( 少ない・普通・多い)

## 6. 過去の妊娠や分娩についてお聞きします。

a.  今回が初めての妊娠

b.  過去に妊娠したことがある(妊娠 回)

自然流産 ( 回)  人工妊娠中絶術 ( 回)  子宮外妊娠 ( 回)

妊娠糖尿病  妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)  子宮内胎児発育遅延  ヘルプ症候群

## 7. 過去に分娩した児についてお聞きします。児の異常の有無、分娩方法には○をつけて下さい。

第一子 H・R 年(男・女) 出生体重 g 分娩(正常・吸引・鉗子)、帝王切開(理由 )

第二子 H・R 年(男・女) 出生体重 g 分娩(正常・吸引・鉗子)、帝王切開(理由 )

第三子 H・R 年(男・女) 出生体重 g 分娩(正常・吸引・鉗子)、帝王切開(理由 )

第四子 H・R 年(男・女) 出生体重 g 分娩(正常・吸引・鉗子)、帝王切開(理由 )

※分娩時、下記の異常がありましたか? 当てはまる方は□にチェックをお願いします。

早産(妊娠 週)  常位胎盤早期剥離  分娩時大出血  妊娠糖尿病  妊娠高血圧症候群

肩甲難産  B群溶連菌(GBS)感染症  死産  新生児仮死  子宮内退治発育遅延  ヘルプ症候群

その他 ( )

8. 薬のアレルギーについてお聞きします。  なし  あり(薬品名: )

食物アレルギーについてお聞きします。  なし  あり(食品名: )

※裏面の記載もお願いします

9. たばこについてお聞きします。  吸わない  以前吸っていた  現在吸っている ( 本/日)

10. 飲酒についてお聞きします。  しない  ときどきする  ほぼ毎日する
11. 喘息がありますか？（小児喘息も含む）  なし  あり（最終発作は 歳）
12. 現在、服用している薬はありますか？  なし  あり（薬品名： \_\_\_\_\_）
13. 過去に手術を受けたことがありますか？  なし  あり（ \_\_\_\_\_ ）
14. 過去に輸血を受けたことがありますか？  なし  あり（ \_\_\_\_\_ ）
15. 子宮がん検診を受けたことがありますか？  なし  あり（最後に受けたのは 年 月）
16. 乳癌検診を受けたことがありますか？  なし  あり（最後に受けたのは 年 月）
17. 風疹にかかった事がありますか？  なし  あり  不明  ワクチン
18. 今までに指摘されたことのある産婦人科疾患についてお聞きします。  
 なし  子宮筋腫  子宮内膜症  子宮腺筋症  子宮奇形  卵巣腫瘍  
 その他（病名： \_\_\_\_\_）
19. 過去3カ月以内に以下のことはありましたか？  
 なし  発熱  発疹  頸部リンパ節の腫れ  
 風疹患者との接触  児童との接触が多い職場での就労
20. 今までに指摘されたことのある病気についてお聞きします。  
 なし  高血圧  糖尿病  腎疾患  心疾患  甲状腺疾患  肝炎  
 自己免疫性疾患  脳梗塞  盲腸  脳内出血  てんかん  精神疾患  血液疾患  
 悪性腫瘍  血栓  結核（家族を含む）  その他（病名： \_\_\_\_\_）
21. 当院を何でお知りになりましたか？  
a. 知人の紹介（ \_\_\_\_\_ 様） b. 雑誌を見て c. 看板を見て  
d. タウンページ広告 e. 当医院ホームページ f. その他インターネット g. その他（ \_\_\_\_\_ ）
22. 当院までの交通手段を教えてください。（車・自転車・徒歩・JR・その他 \_\_\_\_\_）  
 妊婦健診で赤ちゃんの異常が発見された場合、告知を希望しない方はレを入れて下さい。

※下記の質問のはい・いいえどちらかに○を付けてお答えください。

1. 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？  はい・いいえ
2. 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？  はい・いいえ
3. 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありましたか？  はい・いいえ
4. 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することをやめられない、または心配をコントロールできないようなことはありましたか？  はい・いいえ