

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	S H 年 月 日	年齢 () 歳
名 前		職 業(勤務先)	(以前の職業)	
		携帯番号		
		電話番号		
ふりがな		生年月日	S H 年 月 日	年齢 () 歳
夫(パートナー) 名前		職 業(勤務先)		
		携帯番号		
婚 姻	1、平成・令和 年 月 () 歳 結 婚 ・ 結 婚 予 定 ・ 再 婚 (本 人 ・ 夫) 2、結婚の予定なし 3、同居している はい ・ いいえ			
ご実家 住所	〒 ー () 様 電話番号()			
夫のご実家 住所	〒 ー () 様 電話番号()			

- ① 現在受診中の病院 ☐ 中標津病院 ☐ 釧路赤十字病院 ☐ 市立釧路病院 ☐ 他() 病院
② 分娩予定の病院 ☐ 中標津病院 ☐ 釧路赤十字病院 ☐ 市立釧路病院 ☐ 他() ☐ 未定
③ 今回の妊娠は ☐ 自然に妊娠した ☐ 不妊治療後に妊娠した

◎今までの妊娠・出産についてご記入ください。(流産、人工妊娠中絶等を含む)

	出産月日	週数	性別	健否	出生時体重	妊娠経過(下記□から選択)	出産経過(下記○から選択)	病院名
1		週 日	男 女	健 否	g			
2		週 日	男 女	健 否	g			
3		週 日	男 女	健 否	g			
4		週 日	男 女	健 否	g			
5		週 日	男 女	健 否	g			

妊娠経過 ☐ A 貧血 ☐ B 切迫流産・早産 ☐ C 妊娠糖尿病 ☐ D 妊娠高血圧症候群 ☐ E 自然流産 ☐ F 人工流産出産経過 ☐ A 帝王切開 ☐ ① 誘発分娩 ☐ ㊦ 前期破水 ☐ E 出血多量 ☐ ㊧ 吸引分娩 ☐ ㊨ B群溶連菌(GBS)感染 ☐ ㊩ 新生児仮死

◎既往歴・現病歴について

①今までにかかった病気はありますか。

☐ あり ☐ なし☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 血液疾患 ☐ てんかん ☐ 気管支喘息☐ 婦人科疾患 ☐ 精神神経疾患☐ その他 ()②現在、病気・けがで通院中ですか。 ☐ いいえ ☐ はい(病名) (病院)③現在、飲んでいるお薬はありますか。 ☐ いいえ ☐ はい(薬品名)④これまでに大きな病気やけがで手術や入院をしたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい(病名)

⑤食べ物のアレルギーはありますか。

☐ 無 ☐ 有(食品名)(症状)

裏面もご記入ください

◎喫煙・飲酒について

- ①タバコを吸いますか。 ☐ 妊娠前から吸わない ☐ 妊娠して禁煙した(以前は_____本/日)
☐ 妊娠後減らした(以前は_____本/日⇒今は_____本/日) ☐ 吸っている(_____本/日)
タバコの種類は・・・ 紙巻たばこ・加熱式たばこ(アイコスなど)・電子たばこ
- ②夫(パートナー)はタバコを吸いますか。 ☐ 吸わない ☐ 吸っている(_____本/日)
タバコの種類は・・・ 紙巻たばこ・加熱式たばこ(アイコスなど)・電子たばこ
- ③飲酒していますか。 ☐ 普段から飲まない
☐ 妊娠がわかってからは飲んでいない ☐ 妊娠中も飲んでいる(量は_____)

◎あなたの家族について 現在同居している方すべてを、お書きください。

名前	ふりがな	年齢	続柄	健康状態	喫煙
		歳		健 ・ 病気()	あり ・ なし 本/日
		歳		健 ・ 病気()	あり ・ なし 本/日
		歳		健 ・ 病気()	あり ・ なし 本/日
		歳		健 ・ 病気()	あり ・ なし 本/日
		歳		健 ・ 病気()	あり ・ なし 本/日
		歳		健 ・ 病気()	あり ・ なし 本/日

◎あなたの実両親・ご兄弟についてご記入ください。(兄弟には自分も含めてお書きください)

続 柄		年 齢	健 康 状 態	喫 煙
実 父		歳	健 ・ 病気()	本/日
実 母		歳	健 ・ 病気()	本/日
兄 弟	1 男 女	歳	健 ・ 病気()	本/日
	2 男 女	歳	健 ・ 病気()	本/日
	3 男 女	歳	健 ・ 病気()	本/日
	4 男 女	歳	健 ・ 病気()	本/日
	5 男 女	歳	健 ・ 病気()	本/日

- ①血のつながった家族で以下の病気の方はいますか。 ☐ いいえ ☐ はい (どなたですか?)
・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病 ・遺伝性疾患 ・他()

◎妊娠前のあなたの身長・体重

身長 _____cm・体重 _____kg・面談日体重_____kg

助産師記入⇒ BMI_____

目標体重_____～_____kg

→ ・あなたの出生体重_約_____g ・あなたは早産で生まれましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

◎あなたの普段(妊娠前)の生活について

- ①一日の食事回数は何回ですか。 食事 _____回 (朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前) 間食 _____回
- ②間食の内容であてはまるものをすべて選んでください。
☐ 間食しない ☐ 菓子類 ☐ 乳製品 ☐ アイスcream ☐ パン ☐ 野菜 ☐ 果物
☐ ジュース・缶コーヒー ☐ その他(_____)
- ③野菜を食べる習慣がありますか。
☐ 必ず毎食とる ☐ 1 日2食以上はとる ☐ 1 日 1 食以上はとる ☐ 食べない日もある ☐ ほとんど食べない

☆現在、妊娠・出産・赤ちゃんなどに関してご心配なことはありますか？