

妊婦問診票・アンケート

こちらの問診票及びアンケートは妊娠・出産・子育てを支援するために記入いただいております。該当項目に付または必要内容をご記入ください。

ふりがな 氏名	生年月日<西暦> 年 月 日生 年齢 才				職業		
外国籍の方 国籍	身長	cm	血液型		型		
使用言語 日本語の理解度	体重	kg (妊娠前)	kg (現在)	Rh	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		
1 転院の理由をお聞かせください。 紹介元の医療機関名： <input type="checkbox"/> 里帰り分娩 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 前医に分娩施設がない <input type="checkbox"/> その他							
2 過去に当院に受診されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ある方⇒診察券番号 (お分かりであれば) 旧姓 (現在と異なる場合)							
3 分娩希望施設を教えてください。 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 未定							
4 分娩予定日を教えてください。<西暦> 年 月 日							
5 今回の妊娠方法を教えてください。 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後の妊娠 (タイミング法・排卵誘発剤・人工授精・体外受精)							
6 妊娠の経過は順調ですか？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良→つわり・その他 () ◎医師より注意・指示されていることや治療内容 (投薬含む) があれば、ご記入下さい。 ()							
7 妊娠が分かった時の気持ちをお聞かせください。 <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 不安になった <input type="checkbox"/> その他 ()							
8 現在、「困っている」「悩んでいる」「不安なこと」はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 自分の健康のこと <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> その他							
9 月経についてお尋ねします。 初経 ____ 才 月経周期 ____ ~ ____ 日型 月経量 (多・中・少) 月経痛 (重・中・軽) 最終月経 <西暦> ____ 年 ____ 月 ____ 日 から ____ 日間 生理周期 順調 (____ ~ ____ 日型) ・ 不順							
10 過去の妊娠・分娩経験についてお尋ねします。(今回は含みません) 妊娠 回 分娩 回							
	分娩年 (西暦)	週数	児体重 g	性別	分娩経過 分娩様式 所要時間	分娩施設 分院	お子様の 健康状態
①	年	週	g	<input type="checkbox"/> 経陰分娩 (正常・吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (緊急・予定)	時間 分	当院 ・ 他院	健 ・ 否
②	年	週	g	<input type="checkbox"/> 経陰分娩 (正常・吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (緊急・予定)	時間 分	当院 ・ 他院	健 ・ 否
③	年	週	g	<input type="checkbox"/> 経陰分娩 (正常・吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (緊急・予定)	時間 分	当院 ・ 他院	健 ・ 否
④	年	週	g	<input type="checkbox"/> 経陰分娩 (正常・吸引) <input type="checkbox"/> 帝王切開 (緊急・予定)	時間 分	当院 ・ 他院	健 ・ 否
帝王切開の経験のある方は、理由を詳しくお聞かせください。 () 流産 ____ 回 <input type="checkbox"/> 胎嚢確認まで <input type="checkbox"/> 心拍確認まで <input type="checkbox"/> 12週以降22週未満 <input type="checkbox"/> 週数不明 <input type="checkbox"/> 流産手術あり <input type="checkbox"/> 流産手術なし 人工妊娠中絶 ____ 回 <input type="checkbox"/> 12週未満 <input type="checkbox"/> 12週以降 (中期中絶：理由) 子宮外妊娠 (右・左) ____ 回 <input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> 開腹手術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡 <input type="checkbox"/> その他 () 胞状奇胎 ____ 回 <input type="checkbox"/> 手術あり 不妊治療歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (タイミング法・排卵誘発剤・人工授精・体外受精) 妊娠中から産後の経過で該当したものを選んでください。 <input type="checkbox"/> 重症悪阻 (ひどいつわり) <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> GBS感染症 <input type="checkbox"/> けいれん・子癇発作 <input type="checkbox"/> 急産 (お産が速かった) <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 低位胎盤・前置胎盤 <input type="checkbox"/> 多量出血 <input type="checkbox"/> 癒着胎盤 <input type="checkbox"/> その他 () 輸血 (あり・なし)							

11 過去から現在に至るまでのかかった病気や怪我についてお尋ねします。

①過去に大きな病気やけがをしたことがありますか？ なし あり

ありの場合は具体的にご記入ください (西暦 年 月 病名 治療済・未治療)
(西暦 年 月 病名 治療済・未治療)

②現在治療中の病気はありますか？ なし あり

ありの場合は具体的にご記入ください (西暦 年 月 病名 内服中の薬 有/無)
(西暦 年 月 病名 内服中の薬 有/無)

※お薬手帳があればご提示ください。

③手術や輸血はされたことはありますか？ はい いいえ

内容 ()

12 この1年間に、2週間以上続く気になる症状はありましたか？ なし あり

眠れない イライラする 涙ぐみやすい やる気がしない その他

13 アレルギーはありますか？ なし あり

薬品 (鎮痛剤や抗生剤、消毒用アルコールなど) 食品 その他 (金属・花粉症・ゴムなど)
() () ()

14 嗜好品はありますか？

タバコ 1日 本 飲酒 1週間 日

15 その他スタッフにお伝えしたいことがありましたら、記入してください。

16 ご家族についてお尋ねします。

①双方のご実家の場所はどちらですか？ 妊婦本人 配偶者 (パートナー)

②ご家族や近親者で大きな病気をされたり、現在治療されている方がいらっしゃいますか？

いいえ はい (どなたが:) 病名 ()

③配偶者 (パートナー) の方についてお尋ねします。

ふりがな 名前 _____ 生年月日<西暦> _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 才
職業 _____ 血液型 _____ 型 Rh () 喫煙 なし あり
入籍年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 独身の方は入籍予定 あり なし

④困った時に相談できる人はいますか？ いる いない

それはどなたですか？

夫 (パートナー) 父 母 きょうだい 上の子 義父 義母 祖父 祖母 友人 その他

⑤困った時に協力してもらえる人はいますか？ いる いない

それはどなたですか？

夫 (パートナー) 父 母 きょうだい 上の子 義父 義母 祖父 祖母 友人 その他

⑥子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか？

ある なんとなくある あまりない ない

下記に同意していただける場合は、レ点を入れてください。

出産の支援のためアンケートの内容について、医療機関、市町村が情報共有することに同意します。

氏名 _____ 妊婦本人・夫 (パートナー) ・その他 ()

住所 (本人の場合は省略可)

妊婦本人以外の場合 _____ (続柄) に委任します。(妊婦署名)