

**東大病院産婦人科 問診用紙** (可能な範囲で詳細にご記入ください)

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 ( 歳)

職業 (内容がわかるように) \_\_\_\_\_ 身長 cm、体重 kg

**1) ご来院の目的・症状** お分かりの場合は前医での診断もお書きください

分娩希望・月経異常・不正出血・月経痛・不妊・腹痛・腰痛・おりもの・かゆみ・陰部はれもの  
 更年期症状・排尿障害・性器脱・検診異常・妊娠前の相談・不育症・セカンドオピニオン  
 その他 [ \_\_\_\_\_ ]

**2) 家族について**

既婚 ( \_\_\_\_\_ 歳) ・未婚 (離婚歴：有・無 / パートナー：有・無)  
 夫の年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (健在・死去) 実父 \_\_\_\_\_ 歳 (健在・死去：高血圧・糖尿病・[ \_\_\_\_\_ 癌])  
 子供 \_\_\_\_\_ 人 実母 \_\_\_\_\_ 歳 (健在・死去：高血圧・糖尿病・[ \_\_\_\_\_ 癌])  
 3親等 (おじ・おばまで) 内にかんの方：無・有 ( \_\_\_\_\_ )  
 そのうち乳がん・卵巣がんの方：無・有 ( \_\_\_\_\_ )

**3) 月経、性交渉について**

初経： \_\_\_\_\_ 歳 閉経： \_\_\_\_\_ 歳 性交渉の有無：有・無  
 月経周期 順調・不順 \_\_\_\_\_ 日型、持続 \_\_\_\_\_ 日間  
 月経量：多い・普通・少ない 月経痛：無・有 [下腹痛・腰痛・その他： \_\_\_\_\_ ]  
 最終月経 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで [常備薬 \_\_\_\_\_ ]

**4) 今までの妊娠及び出産について**

\*年月日については、わからない場合は空欄で結構です

	例 1	例 2	1	2	3
年月日	2009.7	2011.10			
週 日 (月)	3 か月頃	39 週 7 日			
普通分娩		○			
産科異常	帝王切開 鉗子分娩・吸引分娩 自然流産・人工中絶 子宮外妊娠・胎状奇胎	帝王切開 鉗子分娩・吸引分娩 自然流産・人工中絶 子宮外妊娠・胎状奇胎	帝王切開 鉗子分娩・吸引分娩 自然流産・人工中絶 子宮外妊娠・胎状奇胎	帝王切開 鉗子分娩・吸引分娩 自然流産・人工中絶 子宮外妊娠・胎状奇胎	帝王切開 鉗子分娩・吸引分娩 自然流産・人工中絶 子宮外妊娠・胎状奇胎

**5) 今までにかかった病気など 治療内容**

\_\_\_\_\_ 歳 (治療内容・手術・病院名： \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ 歳 (治療内容・手術・病院名： \_\_\_\_\_ )  
 \_\_\_\_\_ 歳 (治療内容・手術・病院名： \_\_\_\_\_ )

輸血を受けたことがある：無・有 ( 年 月頃)

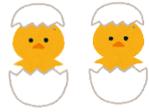
アレルギー：無・有：喘息・花粉症・蕁麻疹・アトピー・鼻炎・薬 (薬剤名 \_\_\_\_\_ )  
 食物 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

**6) 嗜好**

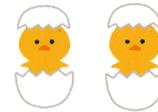
・喫煙：吸わない・吸う ( \_\_\_\_\_ 歳から 1日 \_\_\_\_\_ 本) ・吸っていた ( \_\_\_\_\_ 年前まで 1日 \_\_\_\_\_ 本)  
 ・飲酒：飲まない・飲む (週 \_\_\_\_\_ 回、内容 \_\_\_\_\_ )

**7) 婦人科受診歴について**

・婦人科・子宮がん検診を受けたことがある：無・有 (最終 \_\_\_\_\_ 年 月頃、異常の指摘：無・有)  
 ・HPV (ヒトパピローマ) ワクチン接種歴：無・有



# 産科問診票



2023.3月改定

下記の質問にお答えください。  
なお、記入された内容に関して、  
秘密を守ることをお約束します。  
答えたくない部分は未記載でも構いません。

記入日 年 月 日

診察券番号 (ID) \_\_\_\_\_

◆氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)

出生証明書では戸籍上の漢字が必要です。

外国籍の方は出生証明書の提出先や必要な枚数、および日本語または英語表記か入院までにお調べください。

英語表記を希望される方は、お子様のお名前が必要になります。

日本語が伝わりにくい方は、使用言語をお知らせください。( 語)

◆職業 \_\_\_\_\_ 勤務内容 \_\_\_\_\_ (例：事務) 勤務時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ :

◇産休 ( ) 月から・育休取得 ( ) 年・未定

◇過去にしていた職業 \_\_\_\_\_

◆ご自宅 住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

◇当院まで 車で ( ) 分

◇家屋の種類 一戸建て・集合住宅 (エレベーター 有・無)

◆緊急連絡先 (必ず2件ご記入ください)

① <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )  
住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

② <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )  
住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

◆結婚年月日 西暦 ( ) 年 ( ) 月

本人：初婚・再婚・未婚 (入籍予定 有・無)

夫：初婚・再婚 (前妻との子ども 有・無)

◆身長（ ）cm 妊娠前の体重（ ）kg

◆月経・今回の妊娠について

◇分娩予定日（ ）年（ ）月（ ）日

◇不妊治療 無・有

◇今回の妊娠についてどう感じていますか

---

◇ご家族の反応はどうか

---

◆これまでかかった病気について（精神的な病気についてもご記入ください）

\_\_\_\_\_歳 病名：\_\_\_\_\_（治療：手術・内服・カウンセリング・経過観察）

\_\_\_\_\_歳 病名：\_\_\_\_\_（治療：手術・内服・カウンセリング・経過観察）

\_\_\_\_\_歳 病名：\_\_\_\_\_（治療：手術・内服・カウンセリング・経過観察）

◇喘息 無・有（ \_\_\_\_\_歳から、最終発作 \_\_\_\_\_）

◇使用中の薬 無・有（ \_\_\_\_\_）

◆喫煙 吸わない・妊娠してやめた（妊娠前 \_\_\_\_\_本/日）・吸う（ \_\_\_\_\_本/日）

◆飲酒 飲まない・妊娠してやめた（妊娠前 \_\_\_\_\_回/週）・飲む（ \_\_\_\_\_回/週）

◆アレルギー 無・有

食べ物（ \_\_\_\_\_）→（症状 \_\_\_\_\_）

【スタッフ記入】 避け方：エキスは可/完全除去（ \_\_\_\_\_）

薬（ \_\_\_\_\_）→（症状 \_\_\_\_\_）

その他 テープ・ゴム・金属・アルコール消毒など（ \_\_\_\_\_）→（症状 \_\_\_\_\_）

◆宗教 無・有（ \_\_\_\_\_）

◇宗教上の制限（食べ物、ミルク、薬など） 無・有（内容： \_\_\_\_\_）

◆治療のために制限されている食べ物 無・有（ \_\_\_\_\_）

◆装着物等（入院中は外していただきます）

◇視力 裸眼・眼鏡・コンタクトレンズ

◇指輪 外れる・外れない（部位： ）

◇アクセサリ（内容： 部位： ）

◇義歯等 無・有（インプラント・入歯・ブリッジ・矯正器具）

除去できないもの 無・有 【スタッフ記入】（部位： 本数： ）

◇入れ墨（アートメイク含む） 無・有（部位： ）

◇爪の装飾 無・有（種類： ）（部位： ）

【入院時スタッフ記入】	
<input type="checkbox"/> 眼鏡・コンタクト	<input type="checkbox"/> 指輪
<input type="checkbox"/> アクセサリ	<input type="checkbox"/> 義歯等
<input type="checkbox"/> 入れ墨	<input type="checkbox"/> 爪の装飾

◆現在の生活について

◇主に生計を立てているのはどなたですか： 自分・夫・その他（ ）

◇1日の流れを教えてください。（毎日必ず行うこと（出勤など）は追記して下さい）



◇食事について

外食 \_\_\_回/週 テイクアウト\_\_\_回/週

◇睡眠について

途中で起きること 無・有  
熟眠感 無・有

◇排泄について

排尿回数（ ）回/日 夜間排尿（ ）回

排便頻度（ ）回/（ ）日

便秘薬 無・有

◇運動習慣 無・有（内容/頻度： ）

◆家族歴

◇夫・パートナー（ ）歳

既往歴：高血圧・糖尿病・精神疾患・その他（ ）

◇実父（ ）歳（\_\_\_\_\_在住）健康・生活に支援が必要・既に亡くなっている

既往歴：高血圧・糖尿病・精神疾患・その他（ ）

◇実母（ ）歳（\_\_\_\_\_在住）健康・生活に支援が必要・既に亡くなっている

既往歴：高血圧・糖尿病・精神疾患・その他（ ）

◇兄弟姉妹 兄\_\_\_\_\_人・姉\_\_\_\_\_人・弟\_\_\_\_\_人・妹\_\_\_\_\_人

既往歴：高血圧・糖尿病・精神疾患・その他（ ）

◆育児サポートについて

◇出産直後の退院先 実家・義父母宅・自宅・その他（ ）

◇サポーターとなる方【記入例】を参考にご記入ください

【記入例】

実母 サポート可能な時間（ 休みの日の9～17時 ） 期間（産後ずっと）  
就労：無・有（職業 パート 出勤 9時～15時帰宅 休日 不定期 その他\_\_\_\_\_）

夫 育休取得 無・有 サポート可能な時間（ ） 期間（ ）  
就労：無・有（職業\_\_\_\_\_ 出勤\_\_\_\_時～\_\_\_\_時帰宅 休日\_\_\_\_\_ その他\_\_\_\_\_）

\_\_\_\_\_ サポート可能な時間（ ） 期間（ ）  
就労：無・有（職業\_\_\_\_\_ 出勤\_\_\_\_時～\_\_\_\_時帰宅 休日\_\_\_\_\_ その他\_\_\_\_\_）

\_\_\_\_\_ サポート可能な時間（ ） 期間（ ）  
就労：無・有（職業\_\_\_\_\_ 出勤\_\_\_\_時～\_\_\_\_時帰宅 休日\_\_\_\_\_ その他\_\_\_\_\_）

◇家族以外のサポートについて

利用を検討していない・利用を検討している（内容： ）

【メモ】

ありがとうございました。助産師サイン\_\_\_\_\_（ 月 日）（妊娠 週）