

(事務使用欄)

患者様ID:

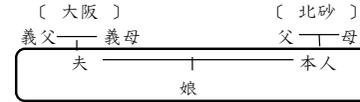
出産予定日: 年 月 日

外来入力 事務スキャン

記入日: 年 月 日

産科問診票

※記入例



家族構成をご記入お願いいたします。
※同居家族は○で囲んでください
※〔 〕にお住まいをご記入ください



フリガナ 氏名	＜夫＞氏名 職業	歳
生年月日 年 月 日	緊急連絡先①氏名 本人との関係 電話番号	歳
職業	住所 〒 -	
電話番号 自宅 携帯	緊急連絡先②氏名 本人との関係 電話番号	
メールアドレス		

1.血液型 型 Rh()	10.不妊治療歴がありますか？ 無・有()
2.身長 cm 妊娠前の体重 Kg	11.ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？ (例… 糖尿病、高血圧 など)
3.最終月経 月 日～ 日間、月経の周期 ～ 日(順・不順)	無・有()
初潮 歳 月経の持続 ～ 日	12.たばこを吸いますか？無・有(歳～ 本/日)禁煙中の方:喫煙歴 歳～ 歳 本/日
4.結婚:未婚・既婚 離婚歴:なし・あり(回)	13.お酒は飲みますか？ 無・有(歳～ 種類 杯・本/日)
結婚年齢: 歳 再婚年齢: 歳	14.宗教はありますか？ 無・有()
5.今までにかかった病気がありますか？	15.今回の妊娠について教えてください。 出産希望・中絶相談
無・有()	16.分娩予定場所を教えてください。 当院・他院・里帰り・未定
6.アレルギーはありますか？ 無・有()	17.当院を知った手段を教えてください。
7.喘息はありますか？ 無・有(最終発作 歳)	①ご自身でネット検索した ②ご家族・知人から聞いた ③以前に通院していた ④その他()
8.手術歴がある場合は、手術名と手術を受けた年齢をご記入ください。	18.当院を受診しようと思った一番の決め手を教えてください。
無・有()	①ロコミが良い ②分娩特典が魅力(4Dエコー・産後骨盤矯正) ③分娩費用
9.現在服用している薬はありますか？ 無・有()	④お支払い方法を選択できる ⑤過去に出産している ⑥その他()
20.これまでの妊娠・分娩について下の欄にご記入ください。	19.ご家族・ご友人からの紹介カードはお持ちですか？ 無・有 ※有の方は16週までに受付にお出しく下さい。

年月	週数	妊娠・分娩歴	児体重	性別	分娩場所	分娩所要時間・特記事項
年 月	週	正常・帝王切開・流産・中絶・他()	g	男・女		
年 月	週	正常・帝王切開・流産・中絶・他()	g	男・女		
年 月	週	正常・帝王切開・流産・中絶・他()	g	男・女		
年 月	週	正常・帝王切開・流産・中絶・他()	g	男・女		
年 月	週	正常・帝王切開・流産・中絶・他()	g	男・女		