

問診票

診察券番号:

(フリガナ)		生年月日	年齢	職業	国籍
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし)	年 月 日		①常勤 ②パート 出産後の復帰予定(あり・なし)	
(フリガナ)		生年月日	年齢	職業	国籍
夫氏名 (パートナー)		年 月 日			
居住地		電話 携帯電話	() ()		

*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1.現在、妊娠は順調ですか	①はい ②いいえ (理由)
2.今までにお産の経験はありますか	①初産 ②経産 (出産回数 回)
3.流産・早産を経験したことがありますか	①なし ②あり(流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4今回の妊娠は不妊治療をしましたか	①はい ②いいえ
5.今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他(内容:)
6.里帰りの予定はありますか	①はい ②いいえ
7.困ったときに助けてくれる人はいますか。	①はい(人)【夫 実母 実父 義母 義父 その他()】 ②いいえ
8.現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などがありますか	①なし ②あり⇒ ㊦妊娠・出産について ①経済的なこと ㊧自分の身体のこと ②夫婦(パートナー)関係のこと ㊨家族関係のこと ㊩育児の仕方 ㊪その他()
9.現在、あなたはタバコを吸いますか	①はい(本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ
10.現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか	①はい(人)【夫 母 父 その他()】 ②いいえ
11.現在、アルコールを飲みますか	①はい (回/週) ②いいえ
12.今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか	①なし ②あり⇒病名:心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気(うつ病など)・その他() それはいつ頃ですか:(年頃)・現在治療中
13.この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気しない」などの症状がありますか	①はい ②いいえ
里帰りする方は、どこで、どのくらいの 期間を過ごしますか	②妊婦の実家 ②夫の実家 ③その他() ㊦出産前から ㊧出産後から ㊨期間 ()ヶ月まで
ご実家の住所を教えてください (わかるところまでで結構です。)	妊婦の実家 都・道・府・県 市・町・村 夫の実家 都・道・府・県 市・町・村