

田園調布オリーブレディースクリニック問診(産科)

フリガナ	生年月日	昭和・平成	お産する年齢	結婚歴
お名前	年 月 日()歳	()歳	既婚・未婚	
住所 干				入籍予定 あり・なし
携帯	TEL	身長	非妊時体重	BMI
緊急連絡先(氏名)	TEL			

・最終月経 月 日から 月 日(日間)
 ・月経周期 順調(日型)・不順(日から 日)

GA	EDC	妊反
w d	/	()

・妊娠検査薬で検査しましたか(いいえ・はい:検査日 / :結果 + -)

□分娩希望 ・よしかた産婦人科 ・里帰り() ・他院() ・助産院(市内・市外) ・未定

□中絶希望 □分娩か中絶か考え中 □4Dエコー希望 (分娩病院)

・妊娠歴 回 *今回の妊娠を含みます ◎分娩歴 回

年月日	週数	体重	性別	分娩様式	備考
/ /	w	g	男・女	経膈・帝王切開	
/ /	w	g	男・女	経膈・帝王切開	
/ /	w	g	男・女	経膈・帝王切開	
/ /	w	g	男・女	経膈・帝王切開	

<リスクチェック>

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 帝王切開歴がある | <input type="checkbox"/> 子宮手術を受けたことがある | |
| <input type="checkbox"/> 早産の経験 | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫がある | |
| <input type="checkbox"/> 4kg以上の児の出産 | <input type="checkbox"/> 子宮腔部の円錐切除術の既往 | |
| <input type="checkbox"/> 2500g未満の児の出産 | <input type="checkbox"/> 子宮奇形 | |
| <input type="checkbox"/> 産後出血多量(500ml以上) | <input type="checkbox"/> 体外受精の妊娠 | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群の既往 | <input type="checkbox"/> 長期(5年以上)不妊治療後の妊娠 | |
| <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剝離の既往 | | |
| <input type="checkbox"/> 死産 | 以下指摘されたことはありますか | |
| <input type="checkbox"/> 新生児死亡 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> てんかん |
| <input type="checkbox"/> 新生児の大きな奇形 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 血液型Rhマイナス |
| <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病の既往(妊娠中尿糖が何度も出た) | <input type="checkbox"/> 精神神経疾患 | <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 |
| <input type="checkbox"/> (血糖コントロールやインスリン注射をしていた) | <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸管縫合術の既往 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 2回以上の自然流産 | <input type="checkbox"/> 血液疾患 | |
| | <input type="checkbox"/> 気管支喘息(最終発作) | |
| | <input type="checkbox"/> ご家族に糖尿病・高血圧の方がいる | |

◎タバコを吸いますか (はい・いいえ) ◎毎日お酒を飲みますか (はい・いいえ)
 ◎抗精神薬の使用歴はありますか (はい・いいえ) ◎心療内科の通院歴はありますか (はい・いいえ)

- ・産婦人科の診察を受けたことがありますか (ない・ある)
- ・アレルギーはありますか(ない・ある→)
- ・B型肝炎、C型肝炎、梅毒などの感染症にかかったことはありますか (ない・ある→)
- ・既往歴 (ない・ある→)
- ・現在、内服中の薬はありますか (ない・ある→)
- ・手術歴 (ない・ある→)
- ・当院を何でお知りになりましたか→