

--	--	--

--

## 妊娠と薬情報センター 問診票

(フリガナ) ( )

記入日 西暦 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

(〒 - ) ご住所 \_\_\_\_\_ (★都道府県名からご記入ください)

生年月日 西暦 年 月 日

連絡先 ※お問い合わせなどでお電話させていただくことがあります。日中つながりやすい電話で、ご希望される番号の順にご記入ください。

電話番号1 \_\_\_\_\_ 自宅・携帯・他 \_\_\_\_\_

電話番号2 \_\_\_\_\_ 自宅・携帯・他 \_\_\_\_\_

電話番号3 \_\_\_\_\_ 自宅・携帯・他 \_\_\_\_\_

当センターがこの問診票を受付けてから、電話で連絡をさせていただく場合があります。数日の間は日中に電話がつながりますようご協力お願いいたします。

以前に、「妊娠と薬情報センター」に相談されたことはありますか？ 1. ない 2. ある→ それはいつ頃ですか？ 西暦 年 月頃

今回のご相談はどのような内容ですか？(該当項目に○をしてください(複数可))

1. 今から使用する可能性のある薬について知りたい
2. 持病で使用している薬の妊娠に対する影響を知りたい
3. 妊娠中に使用してしまった薬が心配
4. その他 \_\_\_\_\_

当センターへの相談のきっかけはなんですか？

1. 医師からすすめられた
2. 自ら希望した
3. その他 \_\_\_\_\_

現在妊娠されていますか？

1. 妊娠している(病院で妊娠検査・市販の妊娠検査薬で陽性)
2. 妊娠していない

→1. とお答えの方は設問1へ、2. とお答えの方は設問2へ進んでください

1. 今回の妊娠についてお伺いします。

① 最終月経はいつからでしたか？

①最終月経 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 から \_\_\_\_\_日間

② 普段の月経周期について伺います。

②月経周期 \_\_\_\_\_日周期

→ 1. 規則的である 2. 大体規則的である 3. 不規則である

③ 分娩予定日がわかればお書きください。

③分娩予定日 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

→それはどのように決定されましたか？

→決定のしかた 1. 最終月経から計算 2. 超音波検査 3. 基礎体温 4. その他( )

④ 妊娠する前の身長・体重を教えてください。

④妊娠前身長・体重 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

⑤ 今回の妊娠に関してお答えください。

⑤計画的に妊娠(1. 自然 2. 不妊治療) 3. 予測していなかったが妊娠は希望 4. 希望していなかった

(該当項目に○をしてください)

⑥ 葉酸または葉酸を含む総合ビタミン剤

⑥ 0. 服用していない 1. 服用している → 商品名( )

の服用について教えてください。

服用開始時期 (0. 妊娠前 1. 妊娠後)

2. これまでの妊娠歴についてお伺いします。

(現在妊娠中の方は、今回の妊娠を除いてお答えください)

① 妊娠、出産、流産、中絶の経験回数

① 妊娠\_\_\_\_\_回 ( 出産(生産・死産)\_\_\_\_\_回 流産\_\_\_\_\_回 中絶\_\_\_\_\_回 )

② わかる範囲で結構ですので、右の表内に

②

これまでの妊娠についてご記入ください。

★今回はじめての妊娠の方は、①の設問に  
妊娠 0 回と記入してください。

年齢 (ご本人)	妊娠結果	週数	分娩方法	体重	性別	出生後の お子さんの状態
歳	1. 生産 2. 死産 3. 流産 4. 中絶	週	1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1. 健常 2. 異常あり_____
歳	1. 生産 2. 死産 3. 流産 4. 中絶	週	1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1. 健常 2. 異常あり_____
歳	1. 生産 2. 死産 3. 流産 4. 中絶	週	1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1. 健常 2. 異常あり_____
歳	1. 生産 2. 死産 3. 流産 4. 中絶	週	1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1. 健常 2. 異常あり_____
歳	1. 生産 2. 死産 3. 流産 4. 中絶	週	1. 正常分娩 2. 帝王切開 3. 吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1. 健常 2. 異常あり_____

3. 今回ご相談の薬剤について伺います。(下の表の中にご記入ください)

薬剤の名前、いつから使用しているか(開始年月日)、いつから中止・休薬しているか(中止年月日)、1日の使用量、またどのような理由で薬を使用しているか、薬を処方した医療機関・診療科名・医師名、このご相談の前に現在受診中の医師にご相談されたかについてお教えてください。

正確に記入していただかないと、適切な回答ができない可能性があります。次ページの記入方法を参考にして、必ず正確に記入してください。

薬剤名	開始年月日	中止年月日	1日の使用量	使用理由 (病気の内容)	処方医療機関・ 診療科名・医師名	相談 有 無	相談に対するアドバイスの内容
例 ○○錠△mg	2007年4月1日	2007年4月20日 <input type="checkbox"/> 現在使用中	3錠	××	××病院 ××科××医師	無	
1		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
2		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
3		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
4		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
5		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
6		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
7		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
8		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
9		<input type="checkbox"/> 現在使用中					
10		<input type="checkbox"/> 現在使用中					

※より正確な情報のために、処方医療機関から渡されたお薬の説明書をお持ちの方は添付してください。(コピーで結構です) その場合も、この用紙には必ず記入してください。

なお、薬の説明書等お送りいただきました資料は返却いたしません。予めご了承ください。

**問診票 設問3の記入方法**

設問3につきましては、このページの見本を参考に正確にご記入ください。

市販の薬につきましては似た名称のものが多数存在しますので再度ご確認ください。

薬剤名は正確に記入してください  
1文字違うだけで、全く違うお薬になってしまいます

1日の合計量を記入してください

薬剤名	開始年月日	中止年月日	1日の使用量	使用理由 (病気の内容)	処方医療機関・ 診療科名・医師名	相談 有無	相談に対するアドバイスの内容
○△カプセル 100mg	2007年9月1日	2007年9月5日 <input type="checkbox"/> 現在使用中	3カプセル	かぜ	○○病院 内科・△△医師	有	分からないと言われた。
×○シロップ	2007年9月1日	2007年9月5日 <input type="checkbox"/> 現在使用中	10mL	咳	○○病院 内科・△△医師	有	分からないと言われた。
○●顆粒	2006年10月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 現在使用中	3g	ビタミンC補給	<input type="checkbox"/> ■病院 産科・○●医師	有	妊娠に対する影響は無といわれた。
△▲吸入薬 200μg	2006年3月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 現在使用中	400 μg	喘息	★△病院 呼吸器科・□□医師	無	
●×湿布薬	2007年4月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 現在使用中	1枚	腰痛	△△病院 整形外科・□★医師	無	
××クリーム	2006年7月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 現在使用中	1g	足の指 水虫	××皮膚科クリニック 皮膚科・○●医師	無	
○○総合感冒薬 Sゴールド	2007年1月1日	2007年1月5日 <input type="checkbox"/> 現在使用中	6錠	かぜ	市販薬	無	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>心配されている薬剤に限らず、使用されている 薬剤はすべて記入してください。</b></p> </div>							

**！このページは提出不要です！**

4. 嗜好品(アルコール・たばこなど)について  
お教えてください。

名前	使用の有無	詳細
アルコール	1. 飲酒の習慣はない 2. 妊娠前に中止 3. 妊娠がわかってから中止 4. 現在も飲酒している	頻度 1. 毎日 2. 週に4~6回 3. 週に1~3回 4. 特別なときのみ 飲酒量(1回当り) ビール _____ ml 日本酒 _____ 合 ワイン _____ 杯 焼酎 _____ 杯
たばこ	1. 喫煙の習慣はない 2. 妊娠前に中止 3. 妊娠がわかってから中止 4. 現在も喫煙している	1日 _____ 本喫煙する
麻薬	1. はい 2. いいえ	(名称)
覚せい剤	1. はい 2. いいえ	(名称)
その他ドラッグ	1. はい 2. いいえ	(名称)

※上記内容についての秘密は固く守られます。

5. 環境による影響も考慮するため、右記に該当する項目をお教えてください。  
(右の該当項目に○をしてください)

- ・仕事などで、有機溶剤(アセトン、トルエン、ベンゼンなど)を日常的に使用する。(1. はい 2. いいえ)
- ・仕事などで、放射線を日常的に使用する。(1. はい 2. いいえ)

6. 既往の病気、現在治療中の病気について  
お教えてください。(右表内に記入してください)

★疾患の有無につきましては、なしの場合には、  
必ず「1. なし」のほうに○をしてください。

疾患名	疾患の有無	具体的な病名	既往・治療中
悪性疾患	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
心・血管系	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
神経系	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
精神系	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
糖尿病	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
てんかん	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
血液学的疾患	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
高血圧	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
腎疾患	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
甲状腺疾患	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中
その他	1. なし 2. あり		1. 治療済 2. 治療中

7. 具体的なご希望・ご要望があればお書きください。

## 本相談事業に伴う調査への協力について

本相談事業では、妊娠に対する薬の影響を明らかにすることを目的として、問診ならびに妊娠結果調査によって得られたご相談者の情報を集計し、調査に使わせていただきたいと考えております。（「調査へのご協力をお願い」をご覧ください。）本調査の趣旨をご理解いただいた上で、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

### 同意書

★ 以下の内容をご理解いただいた上で、該当する口に✓印を付け、日付の記入とご署名をお願いします。

- 問診票・妊娠結果調査・電話での問い合わせによって得られた情報は、研究目的で集計されます。
- 情報は「妊娠と薬情報センター」にて厳重に保管されます。
- 個人のお名前は、公に出ることはありません。
- 個人を特定できる情報は、2年を経過するとデータベースから削除されます。
- 本調査研究への協力を同意しなくても、相談は受けられます。
- 同意は、個人を特定できる情報を削除する前であれば、いつでも撤回できます。
- 本調査研究の成果は、論文などを通して公表されます。
- ご質問・お問い合わせは「妊娠と薬情報センター」で受け付けています。

調査研究への協力を同意します

調査研究への協力を同意しません

記入日 西暦 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

ただし、ご同意いただけない場合は、個人を特定し得る個人識別情報は保管いたしません。が、事業統計として、個人を特定できない情報については集計いたします。

妊娠と薬情報センター