

周産期・母性診療センターを受診される患者様へ

予診票ご記入のお願い

当センターでは、電子カルテシステムを採用しております。受診に際しできるだけ効率よく診察をすすめるため、あらかじめ予診票を記入していただいております。お差支えない範囲でご記入ください。

ご記入いただけない項目、不明の項目は、空欄のままで結構です。

なお、ご記入いただいた内容を、電子カルテに入力後、予診票は、すみやかに処分させていただきます。

フリガナ
お名前

診察券番号

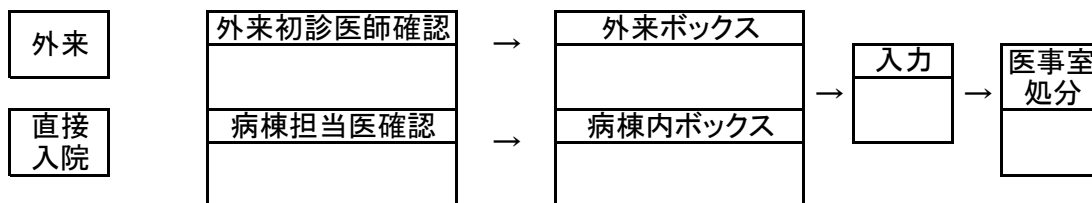
初診日

_____年 _____月 _____日



国立成育医療研究センター

職員記入欄



【A】成人女性 妊娠用 （産科、胎児診療科、不育診療科、母性内科）

当センターを受診される患者様へ。

患者様のこれまでのご病気やご家族の方の健康状態についてなど、
これからお聞きする内容は今後の診療を受けて頂く上でとても重要な情報となります。
お手数ですが下記の間診票への記載をお願い致します。

また、内容についてわかりにくい部分があったときには
受診される際に担当医師に御確認頂ければ幸いです。

なお、この間診表用紙は情報収集が終わった後速やかに破棄させていただきます。

初診の時に記入ができていない部分があったときには、

再度ご自宅で記入頂き、次回受診の時に担当医師へ提出ください。

- ◇ 当センターに受診された理由についてお聞きします。
下記のあてはまる項目にチェックをお願いします。（複数可）
 - 当センターでの妊婦健診・分娩を希望
 - 無痛分娩を希望
 - 他院からの紹介
 - 出生前検査を希望
 - その他（ ）

- ◇ これまでにかかったことのある病気やその治療についてお聞きします。
かかったことのある病気について、何歳からか、また治療の有無を
教えて下さい。治療がある方は内容を記載して下さい。
また手術したことのある人は手術の内容を記載して下さい。
例：（3歳から）歳 病気の名前（気管支喘息）治療あり（吸入）
例：（21）歳 病気の名前（卵巣腫瘍）治療あり（開腹して卵巣腫瘍摘出）
（ ）歳 病気の名前（ ）治療なし・あり（ ）
（ ）歳 病気の名前（ ）治療なし・あり（ ）
（ ）歳 病気の名前（ ）治療なし・あり（ ）
（ ）歳 病気の名前（ ）治療なし・あり（ ）
（ ）歳 病気の名前（ ）治療なし・あり（ ）
（ ）歳 病気の名前（ ）治療なし・あり（ ）

- ◇ これまでの検診についてお聞きします。
子宮頸がんの検診を受けたことがありますか？
ある場合は、一番最近の検査の時期とその結果を教えてください。
 なし あり
→検査時期（西暦 ）年（ ）月
検査結果： 異常なし 異常あり（詳細： ）

- ◇ 現在飲まれているお薬についてお聞きします。
 - 現在飲まれているお薬はありますか？
 なし あり →ありの場合内容を教えてください。
内容（ ）
 - 葉酸は飲んでいますか？
 なし あり
→ありの場合、いつから内服しているか教えてください
 妊娠前から 妊娠（ ）週から

- ◇ 月経についてお聞きします。
 - 周期はいかがですか？
 順調 順調の場合、周期（ ）日くらい
 不順 不順の場合：短くて（ ）日 長くて（ ）日
 - 最終月経はいつでしたか？
最終月経開始日（西暦 年 月 日）
 - 最終月経は何日間続きましたか？
持続日数（ ）日間

- ◇ あなたの身体情報や生活習慣についてお聞きします。
- お仕事についてお聞きします。次のうち該当するものを教えて下さい。
 - 主婦 パート フルタイム
 - パートまたはフルタイムの時は職種を教えてください。
 - 職種：（ ）
 - 身長と体重を教えてください。
 - 身長（ ）cm 妊娠前の体重（ ）kg
 - 現在の体重（ ）kg 妊娠後最低の体重（ ）kg
 - 血液型を教えてください。（ ）型 RH（ ）型 不明
 - 喫煙歴について教えてください。
 - 妊娠前 なし あり→（ ）本/日 受動喫煙あり
 - 妊娠後 なし あり→（ ）本/日 受動喫煙あり
 - ※受動喫煙とはご主人など身近な人が喫煙しておりその煙を吸うことを言います
 - 飲酒歴について教えてください。
 - 妊娠前 なし 機会飲酒のみ （ほぼ）毎日
 - 妊娠後 なし 機会飲酒のみ （ほぼ）毎日
 - アレルギーについて教えてください。
 - 薬物アレルギー なし あり：薬品名（ ）
 - 食物アレルギー なし あり：食品名（ ）
 - その他アレルギー なし あり：内容（ ）
 - 花粉症はありますか？ なし あり
 - 生まれた時の体重について教えてください。
 - 生まれた時の体重（ ）g
 - 正確にわからない場合は以下のいずれに該当するか教えてください。
 - ~1999g 2000-2499g 2500-2999g 3000-3499g
 - 3500-3999g 4000g~ 不明
 - 生まれた時の週数について教えてください。
 - 生まれた時の週数（ ）週
 - 正確にわからない場合は以下のいずれに該当するか教えてください。
 - 早産（~36週） 正常産（37~41週）
 - 過期産（42週~） 不明
 - これまでの体重について教えてください。
 - 20歳の時の体重はいくらですか？（ ）kg
 - 今までの最高体重（妊娠中以外で）はいくつですか？
 - （ ）kg （ ）歳の時

- ◇ ご家族の健康状態についてお聞きします。
- 糖尿病、高血圧についてはチェック、その他については該当する病名をご記入ください。兄弟姉妹のところは当てはまるものに○してください。

	現在の年齢	かかっている病気		
実父	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
実母	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
配偶者	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
義父	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
義母	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
兄弟姉妹	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
兄弟姉妹	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
兄弟姉妹	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
兄弟姉妹	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
お子さん 男・女	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
お子さん 男・女	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
お子さん 男・女	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
お子さん 男・女	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()
お子さん 男・女	() 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 死亡 ()

備考：

◇ これまでの妊娠分娩について教えてください。

- 妊娠回数（今回の妊娠を含まない）（ ）回
- 分娩回数（今回の妊娠を含まない）（ ）回
- 中期以降の流早産（妊娠13週以降妊娠37週までの分娩）をしたことがある方はその回数と分娩週数を教えてください。
（ ）回 →（ ）週（ ）週（ ）週（ ）週
- 帝王切開をしたことが有る方はその回数を教えてください。（ ）回
- 自然流産（妊娠12週まで）をしたことがある方はその回数とその内で流産手術をした回数を教えてください。
（ ）回、その内流産手術（ ）回
- 人工妊娠中絶をしたことがある方はその回数とその内で経腔的搔爬術を行った回数を教えてください。
（ ）回、その内経腔的搔爬術（ ）回

◇ これまでの妊娠分娩で妊娠12週までの流産以外のものについての詳細をお聞きます。（*双胎以上のお子さんの場合はお子さん毎に記入をお願いします*）

例：切迫早産で入院 →異常あり
例：産後血圧が上昇し投薬を受けた →異常あり

- ① 年齢（本人）（ ）歳の時分娩週（ ）週で分娩：□生産 □死産
 - 胎児数 □単胎 □双胎 □三胎以上
 - 分娩法 □経腔分娩 □吸引分娩 □帝王切開
 - 児情報 □男 □女 出生体重（ ）g
 - 妊娠・分娩の異常について □なし □あり（ ）
 - 産褥異常 □なし □あり
 - 出生後の子の状態 □健常 □その他（ ）
- ② 年齢（本人）（ ）歳の時分娩週（ ）週で分娩：□生産 □死産
 - 胎児数 □単胎 □双胎 □三胎以上
 - 分娩法 □経腔分娩 □吸引分娩 □帝王切開
 - 児情報 □男 □女 出生体重（ ）g
 - 妊娠・分娩の異常について □なし □あり（ ）
 - 産褥異常 □なし □あり
 - 出生後の子の状態 □健常 □その他（ ）
- ③ 年齢（本人）（ ）歳の時分娩週（ ）週で分娩：□生産 □死産
 - 胎児数 □単胎 □双胎 □三胎以上
 - 分娩法 □経腔分娩 □吸引分娩 □帝王切開
 - 児情報 □男 □女 出生体重（ ）g
 - 妊娠・分娩の異常について □なし □あり（ ）
 - 産褥異常 □なし □あり
 - 出生後の子の状態 □健常 □その他（ ）
- ④ 年齢（本人）（ ）歳の時分娩週（ ）週で分娩：□生産 □死産
 - 胎児数 □単胎 □双胎 □三胎以上
 - 分娩法 □経腔分娩 □吸引分娩 □帝王切開
 - 児情報 □男 □女 出生体重（ ）g
 - 妊娠・分娩の異常について □なし □あり（ ）
 - 産褥異常 □なし □あり
 - 出生後の子の状態 □健常 □その他（ ）
- ⑤ 年齢（本人）（ ）歳の時分娩週（ ）週で分娩：□生産 □死産
 - 胎児数 □単胎 □双胎 □三胎以上
 - 分娩法 □経腔分娩 □吸引分娩 □帝王切開
 - 児情報 □男 □女 出生体重（ ）g
 - 妊娠・分娩の異常について □なし □あり（ ）
 - 産褥異常 □なし □あり
 - 出生後の子の状態 □健常 □その他（ ）

◇ 分娩歴のある方にお聞きします。

前回妊娠までの妊娠前体重、分娩時体重、産後3ヶ月の授乳状況をご記入ください。

年齢(本人)	妊娠前体重	分娩時体重	産後三ヶ月の授乳の状況			
() 歳	() kg	() kg	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> 混合栄養	<input type="checkbox"/> その他()
() 歳	() kg	() kg	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> 混合栄養	<input type="checkbox"/> その他()
() 歳	() kg	() kg	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> 混合栄養	<input type="checkbox"/> その他()
() 歳	() kg	() kg	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> 混合栄養	<input type="checkbox"/> その他()
() 歳	() kg	() kg	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> 混合栄養	<input type="checkbox"/> その他()

◇ これまでの不妊診療歴についてお聞きします。

- 下記の検査を受けたことはありますか？ なし あり
ありの方は下記の中で受けたことがあるものに全て印をお願いします。
基礎体温表 ホルモン検査 精液検査
子宮卵管造影 時期()年()月頃 その他
- 不妊治療を受けたことはありますか？ なし あり
ありの方は下記の中で受けたことがあるものに全て印をお願いします。
排卵誘発剤 人工授精 体外受精 (IVF-ET)
GIFT 顕微授精 (ICSI)
卵子提供 その他 ()

◇ 今回の妊娠についてお聞きします。

- 妊娠の方法についてお聞きします。
 - ・ 今回の妊娠は自然妊娠ですか？ はい いいえ
 - ・ いいえの場合、以下のいずれですか
タイミング 人工授精 配偶者間 非配偶者間
体外受精 (IVF-ET) 顕微授精
卵子提供
 - ・ 胚移植を行った場合
新鮮胚 凍結胚 (自然周期 ホルモン補充周期)
 - ・ 移植した胚について 移植胚数()
胚盤胞移植 初期胚移植 その他()
 - ・ 採卵日 ()年()月頃：()歳の時
- 妊娠16週までの情報を教えてください。
(妊娠16週未満の方は妊娠後から現在までのこととお書き下さい。)
- ・ 出血はありましたか？ なし あり
- ・ 今回の妊娠後16週までにインフルエンザにかかったかの有無、及び妊娠後16週までのワクチンを受けたかの有無について教えてください。
かかったこと なし あり ワクチン接種 なし あり
- ・ 38度以上の発熱はありましたか？ある場合はその原因を教えてください。
なし あり ありの場合→原因()
- ・ 腹部レントゲンを受けましたか？ なし あり

◇ 精神的な状態についてお聞きします。

- 今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに☑をつけてください。必ず13項目全部に答えて下さい。
- 1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
いつもと同様にできた あまりできなかった
明らかにできなかった 全くできなかった
- 2) 物事を楽しみにして待った。
いつもと同様にできた あまりできなかった
明らかにできなかった 全くできなかった
- 3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。
いいえ、全くなかった いいえ、あまり度々ではなかった
はい、時々そうだった はい、たいていそうだった
- 4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした。
いいえ、そうではなかった ほとんどそうではなかった
はい、時々あった はい、しょっちゅうあった

- 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
いいえ、全くなかった いいえ、めったになかった
はい、時々あった はい、しょっちゅうあった
- 6) することがたくさんあって大変だった。
いいえ、普段通りに対処した いいえ、たいていうまく対処した
はい、いつものようにはうまく対処できなかった
はい、たいてい対処できなかった
- 7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった。
いいえ、全くなかった いいえ、あまり度々ではなかった
はい、時々そうだった はい、いつもそうだった
- 8) 悲しくなったり、惨めになったりした。
いいえ、全くそうではなかった いいえ、あまり度々ではなかった
はい、かなりしばしばそうだった はい、たいていそうだった
- 9) 不幸せな気分だったので、泣いていた。
いいえ、全くそうではなかった ほんの時々あった
はい、かなりしばしばそうだった はい、たいていそうだった
- 10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた。
全くなかった めったになかった
時々そうだった はい、かなりしばしばそうだった
- あなたは現在精神的な問題で通院していますか？ はい いいえ
●この一ヶ月間、気分が沈んだり憂鬱な気持ちになったりすることがよくありましたか？ はい いいえ
●この一ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？ はい いいえ

◇ パートナーの方の情報について教えてください。

- 血族関係はありますか？ いいえ はい
※血族関係とはいとこ同士などをいいます
- 現在の年齢を教えてください () 歳
- 職業を教えてください ()
- 血液型を教えてください () 型 RH (+ -)
- 喫煙はされますか？ いいえ はい → たばこ 1 日 () 本
- 飲酒はされますか？ いいえ はい
- 現在の身長と体重を教えてください。 身長 () cm 体重 () kg
- 生まれた時の体重を教えてください。 () g
(正確にわからない場合)
 ~1999g 2000-2499g 2500-2999g
 3000-3499g 3500-3999g 4000g- 不明
- 生まれた時の週数を教えてください。 () 週
(正確にわからない場合)
 早期産 (~36週) 満期産 (37-41週) 過期産 (42週~) 不明

問診は以上です。
 ご協力有り難うございました。

問診票

Infectious Disease Check list

病院内での感染症の発症を予防するため、この問診票へ正確にお答えください。

- ・通院・入院される患者様がはしか（麻疹）・水ぼうそう・風疹・おたふく等の感染症を発症すると、通院・入院中の多くの免疫力の弱い他の患者様の生命が危険になることがあります。
- ・海外には国内では少ない感染症があり、注意が必要です。
- ・該当する患者様には入院前に更に詳しい問診や検査が必要になる場合があります。

対象疾患および状態

- ①高度薬剤耐性菌保菌、②結核、③水痘、④麻疹、⑤新型コロナウイルス感染症
- ⑥その他（患者様の背景・流行状況から必要と思われるもの）

この問診は、当センターの初診日と入院日にお伺いしております。

初診の方

海外での生活歴もしくは入院歴についてお尋ねします。過去1年以内に限ります。

海外に2か月以上滞在したことがありますか？ いいえ はい → (国名：)
海外の病院に入院したことがありますか？ いいえ はい → (国名：)

*出産に伴う入院は含まれません

Infectious diseases such as measles, chicken pox, rubella, mumps are extremely contagious and endangers the life of other inpatients if exposed. To prevent such infectious diseases from entering the hospital, please answer the following questions precisely.

Please answer below questions at the date of hospitalization and the first visit.

Please answer below questions at your first visit to this center.

History of living or hospitalized overseas (except Japan) within the last one year.

Had you stayed in a country outside Japan for more than 2 months?

No Yes (Name of the country:)

Had you ever been hospitalized overseas (except Japan)? ¶

¶ Excludes routine hospitalization for childbirth

No Yes (Name of the country:)

Name : _____ Hospital ID no : _____ Date : _____
お名前 : _____ 診察券番号 : _____ 記載日 : _____

この問診票は、初診日には担当医師へ、入院日には担当看護師へご提出ください。

Please submit this sheet to the medical staff.

確認 医師（氏名： _____） 看護師（氏名： _____） 確認後、スキャンへ