

産科予診票

下記の質問にお答えください（年は全て西暦でお書きください）

- 〔1〕本人氏名^{ふりがな}_____ 年令_____才 身長_____cm 普段の体重_____kg 職業_____ 既婚入籍年月(西暦 _____年 ____月)・未婚
- 〔2〕パートナー氏名^{ふりがな}_____ 年令_____才 身長_____cm 国籍_____ 職業_____
- 〔3〕月経について
- 1) 初潮 _____才 2) 月経は順調ですか (順調 不順) 3) 周期は何日型ですか _____日～_____日 4) 持続日数 _____日間
- 5) 最終月経の始まった日はいつですか _____月 _____日から _____日間 6) 量は (普通と同じ, 普通より少ない, 普通より多い)
- 7) 基礎体温をつけていますか (はい・いいえ)
- 〔4〕今回月経がなくなってから下記の症状がありましたか?
- 1) 出血 (なし・あり _____月 _____日) 2) 腹痛 (なし・あり _____月 _____日) 3) 異常なおりもの (なし・あり _____月 _____日)
- ☆どこで妊娠反応検査をうけましたか (めぐみクリニック・教会通りクリニック・他院 _____)
- ☆分娩予定日はいつといわれましたか _____年 ____月 ____日
- ☆今回は不妊治療による妊娠ですか (いいえ・はい 例 タイミング法・排卵誘発剤・人工授精 体外受精・顕微授精など)
- 〔5〕妊娠について 今までの妊娠回数 (今回の妊娠を含む) _____回 22週 (6ヶ月) 以降の分娩回数 _____回

分娩 手術	場所	妊娠 回数	分娩 流産	した年月	妊 娠 週 数	正常・吸引・鉗子・帝切・早産・ 自然流産 (自) 人工中絶 (人) の別	分娩に要した 時間	分娩時 出血量	赤ちゃんの			
									性別	生下時体重	生下時状態	現在は
当院・他院		1	年 月 日	週 日	正・吸・鉗・帝・早・流 (自・人)	時間 分	多 中 少 (ml)			g	正常・異常	生存・否
当院・他院		2	年 月 日	週 日	正・吸・鉗・帝・早・流 (自・人)	時間 分	多 中 少 (ml)			g	正常・異常	生存・否
当院・他院		3	年 月 日	週 日	正・吸・鉗・帝・早・流 (自・人)	時間 分	多 中 少 (ml)			g	正常・異常	生存・否
当院・他院		4	年 月 日	週 日	正・吸・鉗・帝・早・流 (自・人)	時間 分	多 中 少 (ml)			g	正常・異常	生存・否
当院・他院		5	年 月 日	週 日	正・吸・鉗・帝・早・流 (自・人)	時間 分	多 中 少 (ml)			g	正常・異常	生存・否

- 〔6〕アレルギーについて
- 1) 薬で発疹やショックなどのアレルギー症状が起きたことはありますか (なし・あり) 2) ゴムアレルギーはありますか (なし・あり)
- その薬の名前, 症状 _____
- 3) その他アレルギーはありますか (なし・あり) → それはどのようなアレルギーですか
- 花粉, アルコール綿, 金属, 食物アレルギー (_____), その他 (_____)
- 〔7〕今までにかかった病気や, 受けた手術はありますか (あり) は病名を記入してください
- 1) 手 術 (なし, 帝王切開 (_____ 才), 流産 (_____ 才), 卵巣嚢腫 (_____ 才), 子宮筋腫 (_____ 才))
- 2) 喘 息 (なし, あり _____才 最終発作 _____才)
- 3) 高血圧 (なし, あり 病名 _____才)
- 4) 心臓疾患 (なし, あり 病名 _____才)
- 5) 肝臓疾患 (なし, あり 病名 _____才)
- 6) 静脈瘤 (なし, あり 病名 _____才)
- 7) 糖尿病 (なし, あり 病名 _____才)
- 8) 血液疾患 (血がでやすい, とまりにくい等の病気, 他) (なし, あり 病名 _____才)
- 9) 緑内障 (なし, あり 病名 _____才)
- 10) 精神疾患 (なし, あり 病名 _____才)
- 11) 腎臓疾患, 泌尿器疾患, 深部静脈血栓症 (なし, あり 病名 _____才)
- 12) 甲状腺疾患 (なし, あり 病名 _____才)
- 13) 脳血管疾患 (なし, あり 病名 _____才)
- 14) てんかん (なし, あり 病名 _____才)
- 15) 片頭痛 (なし, あり 病名 _____才)
- 16) 性感染症 (なし, あり 病名 _____才)
- 17) 子宮・卵巣疾患 (なし, あり 病名 _____才)
- 18) 腰椎疾患 (なし, あり 病名 _____才)
- 19) その他 (なし, あり 病名 _____才) (アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎など)
- 〔8〕あなたのご家族 (パートナー, 両親, 兄弟など) 下記の病気の方はいらっしゃいませんか
- (なし あり)
- それはどなたですか
- 1) 高血圧 _____
- 2) 糖尿病 _____
- 3) 結 核 _____
- 4) 精神疾患 _____
- 5) 多胎妊娠 _____
- 6) 遺伝病 _____
- 7) 深部静脈血栓症 _____
- 8) その他 _____
- ☆今までに精神科や心療内科に関係した薬を服用したことがありますか (なし, あり) (薬品名 _____)
- ☆現在服用している薬・サプリがありますか (なし, あり) (薬品名 _____)

- 〔9〕風疹について
- 1) 風疹にかかったことがありますか (あり, なし, 不明)
- 2) 風疹の予防接種を受けたことがありますか (あり, なし, 不明)
- 3) 風疹の抗体検査を受けたことがありますか (あり, なし, 不明)
- 4) 過去3ヶ月以内に以下の症状があった
- a. 風疹患者と接触した b. 発疹があった
- c. 発熱があった d. 頸部リンパ節が腫れた
- e. 小児との接触が多い仕事である
- f. 該当項目なし
- 〔11〕6ヶ月以内に子宮頸癌検診を受けたことがありますか (なし, あり) 検査日はいつですか (_____年 ____月 ____日)
- 〔12〕喫煙について
- 1) 吸ったことは (なし, あり)
- 2) 現在は吸っていないが _____年 ____月まで吸っていた (本/日 _____年間)
- 3) 現在も吸っている (_____本/日 _____年間)
- 4) パートナーの喫煙 (なし, あり (室内・室外))
- 〔13〕飲酒について
- 1) 妊娠中の飲酒 (なし, あり (時々・毎日))
- 2) パートナーの飲酒 (なし, あり (時々・毎日))
- 記入日 _____年 ____月 ____日

- 〔10〕水痘 (水ぼうそう) について
- 1) 水痘にかかったことがありますか (あり, なし, 不明)
- 2) 水痘の予防接種を受けたことがありますか (あり, なし, 不明)
- この枠内はスタッフ記入欄です。紹介状 (有・無)
- EDC _____
- BMI _____ G P (- - -) C-186

不妊治療をお受けになられて、当院での出産をご希望の方へ

ご妊娠おめでとうございます。

産科初診の日に、不妊クリニックからの紹介状をご持参ください。

ご出産後の統計報告に必要ですのでご協力お願いいたします。

紹介状の内容に不足がある場合に確認が必要となりますので、ご自身で下記にご記入して
いただいたうえでご持参お願いいたします。

お手数をおかけしますが ご協力よろしくお願いいたします。

今回の不妊治療について

- ☐ タイミング法
- ☐ AIH
- ☐ IVF-ET (媒精 ・ 顕微授精 ・ 不明)
- ☐ 排卵誘発剤
薬剤名：内服 ()
注射 ()
点鼻 ()
- ☐ ホルモン補充 薬剤名 ()
- ☐ そのほか (胚盤胞移植 ・ 卵子提供)
- ☐ 凍結胚 (採卵日 年 月 日) ・ 新鮮胚
- ☐ 着床前診断 (PGT-A ・ PGT-M ・ PGT-SR)

不妊クリニック名：

予定日 年 月 日