大阪市立総合医療センター　産科問診票

氏名：

(1) 妊娠前の体重：(　　Kg)

(2) 緊急連絡先②をご記入ください（外来共通問診票とは別の方を記入してください）

（ふりがな）
氏名：(　　)　続柄：(　　)　電話番号：(　　)

(3) 妊娠されている方は、希望される項目に〇をつけてください。

①当院出産希望　②他院出産希望　③出産場所未定　④出産を希望しない

⑤その他（　　）

(4) 分娩予定日を他院でお聞きの方はご記入ください。

西暦（　　）年（　　）月（　　）日

(5) 月経についてお尋ねします。

①開始年齢：(　　) 歳　②月経周期：(　　) 日周期　③持続期間：(　　) 日

④月経量　：(　少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 非常に多い　)

⑤月経痛　：(　なし・ あり ・ 鎮痛剤が必要　)

⑥最終月経：(　　) 月（　　）日から（　　）日間

(6) 結婚の状況についてお尋ねします。

①既婚の方：(初婚 ・ 再婚（　　）回目)

②未婚の方：(入籍予定なし・入籍予定あり（　　月頃予定)・同棲中 ・ 婚約中 ・ 離別 ・ 死別)

(7) 今までの妊娠・出産についてお尋ねします。

①今回が初めての妊娠

②妊娠（　　）回（今回を除く）

→【出産（　　）回、流産（　　）回、中絶（　　）回】

下記に古い順にご記入下さい。(出産、流産、中絶などすべて)

	時期（西暦）	分娩週数	性別	児体重	児の異常	分娩様式・特記事項 流産・中絶	病院名
1	年　月	週	男･女	g	有･無		
2	年　月	週	男･女	g	有･無		
3	年　月	週	男･女	g	有･無		
4	年　月	週	男･女	g	有･無		
5	年　月	週	男･女	g	有･無		

(8) 各種福祉手帳についてご記入ください。

①無

②有　【身体障害者手帳:(　　) 級、②精神障害者保健福祉手帳:(　　) 級、③療育手帳:(　　) 等級】

(9) 社会資源の利用に関してご記入ください

①無

②有　【　1：ヘルパー利用　　2：助産制度の使用　】

※上記有りの場合：担当ケースワーカー名（　　）、担当保健師名（　　）

(10) 使用している物があれば〇をつけてください

めがね ・ コンタクト ・ 補聴器 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ 義肢 ・ 装具 ・ 義歯 ・その他（　　）