



胎児ドック問診票

記入していただいた個人情報は診療以外に使用することはありません。
正確にご記入をお願いいたします。

平成 年 月 日

フリガナ		生年 月日	T S H	年 月 日 (歳)	身長 cm	体重 (妊娠前) kg
氏名						
住所	〒 - 電話番号 () 、緊急連絡先 ()					職業

【1】 本日の受診理由をお聞かせください。(高齢妊娠、超音波で胎児異常など)

【2】現在の妊娠について

- ▶ 現在の妊娠週数 ____ 週 ____ 日
 - ▶ 自然妊娠、 タイミング、 人工受精、 体外受精、 顕微授精
 - ▶ 分娩予定日 20__年__月__日、 未定、 修正の可能性あり
 - ▶ 最終月経 20__年__月__日から__日間、 わからない
 - ▶ 胎児数 ひとり、 ふたご、 その他()
 - ▶ 通院中の産科医療機関()、担当医師名()
- ※ことわりなく、こちらから上記の医療機関に連絡をすることはございません。

【3】生活・体質などについて

- ▶ 飲酒(飲まない・飲む__ml/日・週・月) ▶ タバコ(吸わない・吸う__本/日)
- ▶ アレルギーはありますか？ ない・ある
→薬剤()・花粉症・アトピー・喘息・食物()・金属
- ▶ 今まで病気をしたことはありますか？ ない・ある
→高血圧、糖尿病、膠原病、手術()、その他()
- ▶ 現在、服用中の薬はありますか？ なし・ある()
- ▶ 結婚されていますか？ はい・いいえ・結婚予定
パートナー氏名()、年齢()歳、職業()
- ▶ ご本人、パートナーおよびご兄弟、ご両親、過去の妊娠、生まれたお子様について染色体や遺伝子検査を行ったことはありますか？()

【4】妊娠・出産歴について

- ▶ 妊娠歴 ____ 回(現在の妊娠は含めず) → うち流産(____ 回)、中絶(____ 回)

	流産歴	経過	妊娠週数	医療機関
1	年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		
2	年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		
3	年 月 日	化学流産・流産・子宮外妊娠・中絶		

	出産歴	性別	体重	医療機関	分娩方法	先天疾患など
1	年 月 日	男・女	g		経膣・帝王切開	
2	年 月 日	男・女	g		経膣・帝王切開	
3	年 月 日	男・女	g		経膣・帝王切開	