

埼玉県立小児医療センター  
胎児診断外来 問診票 (初診用)

記入日： 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

本日の血圧 (     /     )

氏名 \_\_\_\_\_

看護師が  
測定します

脈拍 (     )

看護師： \_\_\_\_\_

<p>1. 本日、来院された理由をお聞かせください</p> <p>1) どちらの産科からの紹介ですか (当センターまでの受診の経過をご記入ください)</p> <p>2) 紹介元の産科では、いつ、どのような説明を受けていますか 妊娠 (     ) 週の検診時 (     月     日) 【説明内容】</p> <p>3) 本日の外来で医師にどのようなことを聞きたいですか 【内容】</p>	<p>【看護師記入欄】</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>2. 分娩予定について教えてください</p> <p>1) 本日の妊娠週数 (     週     日)</p> <p>2) 出産予定日 (20     年     月     日) 自然分娩 ・ 帝王切開予定 (     月     日)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>3. ご自身の体調についてお聞きします。</p> <p>1) 本日の体調はいかがですか</p> <p>2) アレルギーはありますか いいえ ・ はい (     )</p> <p>3) 今までに指摘されているご病気はありますか いいえ ・ はい (病名：     /現在も治療中     はい ・ いいえ )</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>4. 今までの妊娠・出産歴をお聞きします。(今回の妊娠を除く)</p> <p>1) 今まで (     ) 回妊娠をして、(     ) 回出産した</p> <p>2) 今まで 流産(自然・人工) ・ 死産 ・ 早産 したことがある ・ いずれもない</p> <p>3) 今までの妊娠や出産後、その赤ちゃんに異常はありましたか? ない ・ ある (     )</p> <p>4) この情報はご主人はご存じですか     はい ・ いいえ</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>5. 今回の妊娠についてお聞きします。</p> <p>1) 今回の妊娠中に、お母様ご自身に異常は指摘されていますか いいえ ・ はい (治療を     している ・ していない )</p> <p>2) 今回の妊娠は、不妊治療による妊娠ですか いいえ ・ はい (治療内容：     )</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

<p>6.出産計画についてお聞きします。</p> <p>1) 出産場所は決まっていますか いいえ ・ 検討中 ・ はい (施設名: )</p> <p>2) 里帰り分娩の予定はありますか いいえ ・ はい (場所: )</p> <p>3) 2) でいいえの場合、出産時期にどなたかのサポートを得る予定はありますか いいえ ・ はい ( )</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>7.ご家族のことをお聞きします。</p> <p>1) 見本を参考に、家族図をご記入ください</p> <p>2) 夫婦は婚姻関係にありますか はい (入籍: 年 月) いいえ (今後、入籍の予定が ある ・ 未定 )</p> <p>3) 夫 (パートナー) は、今までに指摘されているご病気はありますか いいえ ・ はい (病名: /現在も治療中 はい ・ いいえ )</p> <p>4) 現在のご職業と今後の産休・育休の予定 【ご自身】 職業: 産休予定: ( 年 月 日 から) ・ 育休予定: ( 年 月 日 まで) 【夫】 職業: 育休予定: なし ・ あり ( 年 月から 年 月まで)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>8.その他</p> <p>1) 赤ちゃんのことや、困ったことがあったときにはどなたに相談しますか 記入例) 夫 実母 など</p> <p>2) 妊娠中や出産後はどなたからサポートが受けられますか 記入例) 夫 実母 など</p> <p>3) 本日はどなたと来院されましたか</p> <p>※エコー、医師からの説明に同席されますか はい ・ いいえ</p> <p>※はいとお答えの方はどちらを希望されますか 両方 ・ エコーのみ ・ 説明のみ</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>