

問 診 票

最終更新日 2019/11/19

ID: @Patient.ID}氏名: @Patient.Name}年齢: @Patient.AgeYear}歳身長: cm 体重: kg (非妊時 kg)

1	本日診察に来られた目的 (数字に○をしてください) 1. 無痛分娩を希望している。 2. 無痛分娩の説明を聞きたい。		
2	当院の無痛分娩教室に出席されましたか	はい	いいえ
3.	今までに以下の病気にかかったことがありますか? 1. ぜんそく 2. 緑内障 3. 高血圧 4. 糖尿病 5. 心臓病 6. 脳疾患 7. 肺疾患 8. 肝臓疾患 9. 腎臓疾患 10. 精神疾患		
4	自分で用いたり、医師から処方されている薬はありますか? 1. はい ① 血を固まりにくくする薬 ② 血圧の薬 ③ 不整脈の薬 ④ 糖尿病の薬 ⑤ インシュリン ⑥ ステロイド ⑦ 睡眠薬 ⑧ 精神安定剤 ⑨ 精神科の薬 2. いいえ		
5	食物や薬でじんましんなどのアレルギーをおこしたことがありますか?	はい	いいえ
6	全身麻酔を受けたことがありますか? その時、麻酔で何かありましたか?	はい	いいえ
7	歯科麻酔を受けたことがありますか? その時麻酔で何かありましたか?	はい	いいえ
8	血縁の方のなかで、麻酔を受けて問題のあった人はいますか?	はい	いいえ
9	いびきが大きいと言われたことがありますか?	はい	いいえ
10	ぐらぐらする歯や入れ歯がありますか?	はい	いいえ
11	タバコを吸いますか? (1日 本、 才から) タバコを吸っていたことがありますか? 年前まで、1日 本	はい	いいえ
12	今までの出産について教えてください (妊娠 回、分娩 回) 年 月 週 体重 g 年 月 週 体重 g 年 月 週 体重 g 年 月 週 体重 g		
13	何か気になることがあればご記入ください		