

Obstetrical Patient Questionnaire プロフィール記入用紙

Please fill out the questionnaire. If you are not sure of the answers, leave the spaces blank.

We will assist you to complete the form. There is also a back side.

お手数ですが、下記の項目にお答え下さい。裏面もあります。

不明な項目については空欄で結構です。後ほど助産師がお話を伺いながら追記いたします。

Today's Date: (Month) _____ / (Day) _____ / (Year) _____

記入日 (月) (日) (西暦)

Name: (First) _____ (Middle) _____ (Last) _____ ID No. _____

(If applicable, write the name as in your Japanese family register)

氏名 様*戸籍に登録してあるお名前・漢字でお書き下さい

Date of Birth: (Month) ____ / (Day) ____ / (Year) _____ 生年月日

Nationality (国籍) _____ Religion (宗教) _____

● What are the reasons for your visit to this center? (Please check all that apply.)

受診された目的は何ですか？ (あてはまる項目全てにチェックしてください。)

For delivery 当センターで分娩希望

Where are you going to have your regular check-ups? どこで健診をなさいますか？

At this center 当センターで健診

At a non-collaborative relationship medical facility 近医 (当センター連携病院以外で健診)

At a collaborative relationship medical facility (Semi-open System) セミオープンシステム希望 (当センター地域連携病院で健診)

At a collaborative relationship maternity center (Open System) オープンシステム希望 (当センター連携助産院で健診)

For second opinion セカンドオピニオン

Other reasons (Specify: _____) その他

● Before you come here 当院受診までの経過

You used a home pregnancy test No/Yes → When was it? (Month) ____ / (Day) ____ / 20

妊娠判定薬 : 無・有 → 陽性の確認 (令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日)

You visited another medical facility and were diagnosed that you are pregnant. When was that? Month ____ Day ____ (Name of the facility)

他院を受診した。 ____ 月 ____ 日 (施設名 _____) にて妊娠を診断

First visit for this pregnancy 当院が初めての受診

●Have you had any major physical or mental illnesses in the past? (Yes はい/No いいえ)

今までからだの病気やこころの病気にかかったことがありますか？

Date or age 年月日・年齢	Diagnosis 病名	Medical Treatment 治療内容	Name of facility 医療機関名

●Have you had any surgical operations in the past? (Yes はい/No いいえ)

今までに手術をしたことはありますか？

Date or age 年月日・年齢	Diagnosis 病名	Type of surgery 手術名	Name of facility 医療機関名

●Are you currently undergoing treatment for any illnesses? (Yes はい/No いいえ)

現在治療中の病気はありますか？

Date or age 年月日・年齢	Diagnosis 病名	Medical treatment 治療内容	Name of facility 医療機関名

Current address 現在の住所	〒 (Zip code)		
Phone number 連絡先 TEL 番号	Home phone 自宅 Mobile phone ご自身の携帯		
Emergency contact 1) 緊急連絡先 1)	Name お名前 Relationship ご関係 : Partner パートナー /Family 実家 Partner's work phone パートナー勤務先	Phone number 電話番号	
Emergency contact 2) 緊急連絡先 2)	Name お名前 Relationship ご関係 : Partner パートナー /Family 実家 Partner's work phone パートナー勤務先	Phone number 電話番号	
Please complete the following information about your partner パートナーについて	Name お名前 (First 名前) (Middle ミドルネーム) (Last 名字) Age 年齢 (years old 才) Occupation ご職業 Nationality 国籍		

	<p>Physical condition 健康状態 : Good 良 Not good 否 (reason 理由)</p> <p>Are you two married? ご結婚なさっていますか? No / Yes</p> <p>If YES, している場合 How many years have you been married? ご結婚して何年ですか。() years 年</p> <p>If NO, していない場合 : Do you plan to get married to the partner? 結婚する予定はありますか? No / Yes (When? いつ?)</p> <p>Do you have different family names? 夫婦別姓 No / Yes</p> <p>Are you two related by blood? いとこ同士ですか? No / Yes</p>																
<p>Family tree : please fill out their age and circle those who live with you</p> <p>家族構成に及びご年齢をご記入ください。同居されている方に○をつけてください。</p>	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Father 父</td> <td>Mother 母</td> <td>Father 父</td> <td>Mother 母</td> </tr> <tr> <td>(age 歳)</td> <td>(age 歳)</td> <td>(age 歳)</td> <td>(age 歳)</td> </tr> <tr> <td>Residence</td> <td>Residence</td> <td>Residence</td> <td>Residence</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Your partner</td> <td colspan="2">You</td> </tr> </table>	Father 父	Mother 母	Father 父	Mother 母	(age 歳)	(age 歳)	(age 歳)	(age 歳)	Residence	Residence	Residence	Residence	Your partner		You	
Father 父	Mother 母	Father 父	Mother 母														
(age 歳)	(age 歳)	(age 歳)	(age 歳)														
Residence	Residence	Residence	Residence														
Your partner		You															
<p>Medical history of your family (those who are related by blood)</p> <p>ご家族(ご本人と血縁関係のある方)の健康状態</p>	<p>Diabetes 糖尿病 : No 無 / Yes 有 (Who? 続柄)</p> <p>Hypertension 高血圧: No 無/Yes 有(Who? 続柄)</p> <p>Breast cancer 乳がん : No 無 /Yes 有 (Who? 続柄)</p> <p>Hearing difficulties 難聴 (not age-related 加齢による難聴ではありません。): No 無 / Yes 有(Who? 続柄)</p> <p>Neurological disease 神経疾患: No 無 /Yes 有(Who? 続柄)</p> <p>Congenital heart disease 先天性心疾患: No 無 / Yes 有 (Who? 続柄)</p> <p>Others その他 (Specify : 詳しくお書きください。)</p>																

●Have you ever had infertility treatment? 不妊治療を受けたことがありますか? No 無 / Yes 有

If YES 有の場合, →when 開始時期 : date or age 年 歳
: type of treatment 治療内容
: name of medical facility 医療機関名

●History of previous pregnancies(*including this time*) 今までの妊娠歴*今回の妊娠を含む*

Pregnancy 妊娠 times 回 Delivery 出産: times 回 Miscarriage 流産
 times 回 Abortion 中絶 times 回

Birth date 年月日	Your age 出産時の年齢	Weeks 週数	Baby's sex 性別	Baby's weight 出生体重	Type of delivery/miscarriage 分娩様式もしくは流産内容	Length of labor 分娩所要時間	Complications during delivery:/treatment after miscarriage 分娩経過の異常もしくは流産後の処置の有無	Name of medical facility 病院名	Type of Feeding For how long? 授乳方法 (授乳は何歳まで)
First 1人目									
Second 2人目									
Third 3人目									
Fourth 4人目									

●About yourself ご自身について

Your height	()cm
Your weight before pregnancy	()kg
Menstrual history	Age at first period 初経年齢 ()years old 歳 Your menstrual cycles are 周期: Regular 順調 Irregular 不順 How many days usually pass between the periods? (How often do your periods come?) 月経周期 every () days 日 How many days do your periods last? 持続期間 () days 日 Your last period was 最終月経 (Month)月 / (Day)日 / 20 ~ (Month) 月 / (Day) 日 / 20

	<p>Do you know your due date? これまでの診断で出産予定日が分かっていたらお書き下さい。 No いいえ</p> <p>Yes はい (Month)月 / (Day)日 /20</p>
Smoke 喫煙	<p>Do you currently smoke? 現在喫煙されますか?</p> <p>No 無 Yes 有 (cigarettes 本/ per day 日)</p> <p>Did you used to smoke in the past? 以前吸っていたがやめた (From years old 歳から ~ years old まで Cigarettes 本/ per day 日)</p> <p>Do you live with a smoker? ご同居人に喫煙者はいますか?</p> <p>No 無 Yes 有 (who? どなたが)</p>
Alcohol アルコール	<p>Do you drink alcohol? お酒を飲みますか? No 無 Yes 有</p> <p>What kind? 何を How much? どれくらい</p> <p>Did you used to drink before pregnancy? 妊娠前に飲酒の習慣はありましたか? No 無 Yes 有</p> <p>What kind? 何を How much? どれくらい</p>
Are you allergic to アレルギー	<p>Medication? 薬剤 No 無 Yes 有</p> <p>Name of medications 薬品名 Reactions 症状</p> <p>Food? 食物 No 無 Yes 有</p> <p>What kind of food? 食物名 Reactions 症状</p> <p>Do you have any other allergies? その他</p> <p>No 無 Yes 有 What are they? 名 Reactions 症状</p> <p>Do you have asthma? 喘息 No 無 Yes 有</p> <p>Yes 有: First onset いつから</p> <p>Last attack was 最終発作月日 (Month)月 (Day)日 20 年</p>
Have you had any blood transfusion? 輸血の既往歴	<p>No 無 Yes 有 When? 時期 (date or age 年月日・年齢)</p> <p>Reason 理由</p>

Thank you for taking time to complete this questionnaire. The information you provided will be shared among our staff for your examinations and treatment during hospitalization. We are committed to making every possible effort to keep your personal information confidential.

ご記入ありがとうございました。ここでお伺いした事柄は、医療者間で共有し、健診や入院の際に参考にさせていただきます。また、個人情報保護を厳守し、慎重に取り扱わせていただきます。

For our use : 確認年月日 Date of confirmation/20 年 月 日

Signature スタッフサイン