

【問診票】

バーコードラベル貼付位置

1	出産前の3日以内に出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去等)を受けましたか	はい・いいえ
2	出産前の3日以内に薬を飲んだり注射を受けましたか。「はい」と答えた方は以下にご記入下さい (薬剤名 _____)	はい・いいえ
3	乾せん治療薬(チガソ)やヒト由来プラセンタ注射薬(ラエンネック・ムスモン・その他輸入製剤)を使用したことがありますか。(内服や化粧品は除く)	はい・いいえ
4	インフルエンザ の予防接種を出産前24時間以内に受けましたか	はい・いいえ
5	インフルエンザ 以外 の予防接種をこの1年間に受けましたか (_____ 年 _____ 月頃)(予防接種名 _____)	はい・いいえ
6	次の病気や症状がありましたか。あるいは今かかっていますか。 出産時: 単純疱疹(口唇ヘルペス)、急性腎炎、慢性腎炎、IgA腎症、ネフローゼ症候群 3日以内: インフルエンザや腸感冒のようなウイルス感染性下痢 1週間以内: 発熱、下痢等の体調不良 3週間以内: はしか(麻疹)、風疹、おたふく風邪、带状疱疹、水ぼうそう 1ヶ月以内: 発熱を伴う下痢、デング熱 6ヶ月以内: 伝染性単核球症、リンゴ病(伝染性紅斑)、A型肝炎、E型肝炎、 EBV/CMVによる肝炎、クラミジア感染症、淋病、性器ヘルペス感染症 尖圭コンジローム、ウエストナイル熱、ウエストナイル脳炎、チクングニヤ熱 1年以内: 原因不明の黄疸 現在まで: 甲状腺疾患、自己免疫疾患、血液疾患等慢性疾患に罹患	はい・いいえ
7	出産前の1ヶ月以内に、A型肝炎、E型肝炎やリンゴ病(伝染性紅斑)を発症した人が家族・職場・学校にいますか	はい・いいえ
8	出産前の6ヶ月以内にピアスホールを開けましたか。「はい」と答えた方は以下にご記入下さい (_____ 年 _____ 月頃)(他人と針を共有 ・ 使い捨ての針を使用)	はい・いいえ
9	出産前の6ヶ月以内にいれずみ(タトゥ、アートメイク)をしましたか	はい・いいえ
10	出産前の6ヶ月以内に感染症防止処置を伴わない針治療を受けましたか	はい・いいえ
11	出産前の6ヶ月以内に使用後の注射針を誤って自分に刺しましたか	はい・いいえ
12	出産前の6ヶ月以内にB型肝炎ウイルス保有者(キャリア)と性的接触など密接な接触がありましたか	はい・いいえ
13	出産前の3ヶ月以内に、動物に咬まれましたか	はい・いいえ
14	出産前の1年以内に、動物に咬まれた後に狂犬病ワクチンを受けましたか	はい・いいえ
15	悪性腫瘍(がん)と診断されたことがありますか	はい・いいえ
16	SARSと疑われた人を看護、介護した又は患者の気道分泌液、体液に触れた、近距離で接触した、同居していた、出産3週間以内に上記のようなことがありましたか	はい・いいえ

17	今までにB型やC型の肝炎ウイルス保有者(キャリア)と言われたことがありますか	はい・いいえ
18	今までに次の病気にかかったことがありますか B型肝炎、C型肝炎、梅毒、マラリア、パペシア症、シャーガス病 アフリカトリパノゾーマ症、レーシュマニア症、糖尿病性合併症、SARS(SARS疑い)	はい・いいえ
19	出産時は海外から帰国(入国)して4週間以内ですか	はい・いいえ
20	1年以内に外国(ヨーロッパ・米国・カナダ以外)に滞在しましたか。 「はい」と答えた方は以下にご記入下さい。	はい・いいえ
	滞在は、継続して1か月以上でしたか。	はい・いいえ
	滞在中に郊外農村部や森林地帯に出かけられましたか。 (国名 _____ /都市名 _____)、(国名 _____ /都市名 _____)	はい・いいえ
21	4年以内に外国(ヨーロッパ・米国・カナダ以外)に継続して1年以上滞在しましたか。 「はい」と答えた方は以下にご記入下さい。 (国名 _____ /都市名 _____) (国名 _____ /都市名 _____)	はい・いいえ
22	出産の3ヶ月以内にマラリア予防薬を服用しましたか	はい・いいえ
23	英国に1980年(昭和55年)～1996年(平成8年)の間に通算1か月以上滞在しましたか。	はい・いいえ
24	ヨーロッパ(英国も含む)・サウジアラビアに1980年以降、通算6ヶ月以上滞在しましたか。 「はい」と答えた方は以下にご記入下さい。 国名(_____)(_____ 年 _____ 月頃、 _____ 日間) 国名(_____)(_____ 年 _____ 月頃、 _____ 日間)	はい・いいえ
25	中南米諸国・メキシコで生まれた、または連続4週間以上滞在しましたか。 「はい」と答えた方は国名をご記入下さい。(国名 _____)	はい・いいえ
26	出産前の6ヶ月以内に次のいずれかに該当する事がありましたか。 ①不特定の異性または新たな異性と性的接触があった。 ②麻薬、覚醒剤を使用した。 ③エイズ検査(HIV検査)で陽性となった(6ヶ月以前も含む) ④上記①～③に該当する者と性的接触を持った。	はい・いいえ
27	今までに輸血(献血ではありません)や臓器(臓器移植・角膜移植・骨・心臓弁・血管グラフト等の組織移植)の移植を受けたことがありますか。(自己血輸血を除く)	はい・いいえ
28	出産前の3ヶ月以内に抗Dグロブリン、抗破傷風ヒト免疫グロブリン等、輸血以外のヒト由来血液製剤を投与されましたか。	はい・いいえ
29	細胞療法、遺伝子治療やリンパ球輸注療法を受けたことがありますか。	はい・いいえ
30	次のいずれかに該当することがありますか ①CJD(クロイツフェルト・ヤコブ病)及びその類縁疾患と診断された ②血縁者にCJD及び類縁疾患と診断された人がいる ③1995年3月までにヒト由来成長ホルモンの注射を受けたことがある ④1997年3月までに硬膜移植を伴う脳外科手術を受けたことがある	はい・いいえ
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 記入者 _____		