

【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(チカソリ)やヒト由来プラセンタ注射薬(ラエンネック・ムルモン・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産前24時間以内に受けましたか。	はい・いいえ
5	新型コロナウイルスの予防接種をこの1年間に受けましたか。メーカー名に丸印をお付け下さい (年 月 日)(ファイザー、モデルナ、アストラゼネカ、その他) (年 月 日)(ファイザー、モデルナ、アストラゼネカ、その他) (年 月 日)(ファイザー、モデルナ、アストラゼネカ、その他)	はい・いいえ
6	インフルエンザ、新型コロナウイルス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
7	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、帯状疱疹、水ぼうそう 1か月以内:発熱を伴う下痢、デング熱 6か月以内: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:自己免疫疾患、血液疾患等慢性疾患に罹患	はい・いいえ
8	甲状腺疾患に罹患していますか。「はい」と答えた方は疾患名に丸印をお付け下さい。 橋本病(甲状腺ホルモンレベル正常域)、橋本病(甲状腺ホルモンレベル正常範囲外)、バセドウ氏病(罹患中)、バセドウ氏病(治療終了後1年経過し、甲状腺レベルが正常)、上記以外の甲状腺疾患 ()	はい・いいえ
9	出産前の1か月以内に、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
10	出産前の6か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
11	出産前の6か月以内にいれずみ(タトゥー、アートメイク)をしましたか。	はい・いいえ
12	出産前の6か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
13	出産前の6か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
14	出産前の6か月以内に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
15	出産前の3か月以内に、動物に咬まれ、出血を伴いましたか。	はい・いいえ
16	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

17	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
18	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
19	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
20	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、バベシア症、シャーガス病、アフリカトリパノソーマ症、レーシュマニア症、糖尿病性合併症、SARS(SARS疑い)	はい・いいえ
21	出産前の4週間以内に海外から帰国(入国)しましたか。	はい・いいえ
22	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。 滞在は、継続して1か月以上でしたか。 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 はい・いいえ はい・いいえ
23	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
24	出産の3か月以内にマラリア予防薬を服用しましたか。	はい・いいえ
25	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
26	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か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か 国名() (年 月頃、 日間) 国名() (年 月頃、 日間)	はい・いいえ
27	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
28	出産前の6か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か月以前も含む) 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
29	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
30	出産前の3か月以内に抗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
31	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
32	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 _____		