

--	--	--	--

--

妊娠と薬情報センター 問診票

フリガナ ()

記入日 西暦____年____月____日

お名前 _____

ご住所 (〒 -) _____ (★都道府県名からご記入ください)

生年月日 西暦____年____月____日

ご連絡先 ※お問い合わせなどでお電話させていただくことがあります。日中つながりやすい電話番号をご記入下さい

↓※自宅・本人携帯以外の番号の場合は、詳細をご記入ください

電話番号 1 _____ 自宅 ・本人携帯 ・他() (例:勤務先、実家、夫携帯など)

電話番号 2 _____ 自宅 ・本人携帯 ・他()

電話番号 3 _____ 自宅 ・本人携帯 ・他()

妊娠と薬情報センターがこの問診票を受付けてから、電話で連絡をさせていただく場合があります。数日の間は日中に電話がつながりますよう、ご協力お願い致します。
ご自宅にお電話する場合も、「こちらは妊娠と薬情報センターです」とお伝えしますのでご了承ください

以前に、「妊娠と薬情報センター」に相談されたことはありますか？ ※「お申し込み方法」「相談手順」などのお問い合わせ電話は相談に含みません

1. ない 2. ある → それはいつ頃ですか？ 西暦____年____月頃

今回のご相談はどのような内容ですか？ 該当項目に○をしてください(複数可)

1. 今から服用する可能性のある薬について知りたい
2. 持病で服用している薬の妊娠に対する影響を知りたい
3. 妊娠中に服用してしまった薬が心配
4. その他 _____

当センターへの相談のきっかけはなんですか？ 該当項目に○をしてください(複数可)

1. 医師からすすめられた 2. 自ら希望した 3. その他 _____

現在妊娠されていますか？ 該当項目に○をしてください。妊娠中の方は、妊娠が分かった日もご記入ください

1. 妊娠している (病院で妊娠検査・市販の妊娠検査薬で陽性) →「1.妊娠している」とお答えの方は、次頁設問「1.今回の妊娠について伺います」へ進んでください
↳ 妊娠が分かった日 ____月____日
2. 妊娠していない →「2.妊娠していない」とお答えの方は次頁設問「2.これまでの妊娠歴について伺います」へ進んでください

1. 今回の妊娠について伺います

①最終月経はいつからでしたか？

②分娩予定日or妊娠週数について

予定日はどのように決定しましたか？

③妊娠する前の身長・体重について

④今回の妊娠に関してお答えください

⑤「葉酸」または「葉酸を含むサプリメント」の服用について教えてください

①最終月経開始日 西暦_____年____月____日 から

②分娩予定日 西暦_____年____月____日

(分娩予定日が分からない方→ _____月____日に 妊娠_____週____日 と診断)

分娩予定日の決定のしかた→ 1.最終月経から計算 2.超音波検査 3.基礎体温 4.その他()

③妊娠前の身長・体重 身長_____cm 体重_____kg

④ 計画的に妊娠(1.自然 2.不妊治療) 3.予測していなかったが妊娠は希望 4.希望していなかった

↳ 最終月経開始日以降に不妊治療で薬を使用した(1.はい 2.いいえ)

↳ 「1.はい」の場合はご使用の薬を 全て3/5ページ目にご記入下さい

⑤ 0.服用していない 1.服用している → メーカー名() 商品名()
 服用開始時期(0.妊娠前 1.妊娠後) ※「1.服用している」場合は必須

2.これまでの妊娠歴について伺います

①妊娠、出産、流産、中絶の経験回数

②右の表内に、これまでの妊娠についてご記入下さい

① 妊娠_____回 → 出産(生産・死産)_____回 流産_____回 中絶_____回

↳ (※現在妊娠中の方は、今回の妊娠を除いてお答え下さい。初めて妊娠された方は、0 回となります)

②

ご相談者の年齢	妊娠結果	週数	分娩方法	体重	性別	出生後のお子さんの状態
歳	1.生産 2.死産 3.流産 4.中絶	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1.健常 ↓「2.異常あり」の場合は必須 2.異常あり()
歳	1.生産 2.死産 3.流産 4.中絶	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1.健常 ↓「2.異常あり」の場合は必須 2.異常あり()
歳	1.生産 2.死産 3.流産 4.中絶	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1.健常 ↓「2.異常あり」の場合は必須 2.異常あり()
歳	1.生産 2.死産 3.流産 4.中絶	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1.健常 ↓「2.異常あり」の場合は必須 2.異常あり()
歳	1.生産 2.死産 3.流産 4.中絶	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.吸引・鉗子分娩	g	1. 男 2. 女	1.健常 ↓「2.異常あり」の場合は必須 2.異常あり()

「1.生産」の場合は全ての項目が必須

「2.死産」「3.流産」「4.中絶」は年齢～週数まで必須

※流産とは妊娠22週未満、死産とは、妊娠22週以降の場合です。

問診票 設問3の記入方法

※このページは提出不要です

☆使用されている薬は、心配の有無に関わらず、全てご記入ください☆

※ご妊娠中の方は、最終月経開始日以降にご使用されたお薬は、使用中のものも含めて全てご記入ください。(不妊治療でご妊娠された方の使用薬も含みます。)

【薬剤名】 正確にご記入ください。1文字違いでも、全く別のお薬になってしまう事があります

【規格】 「〇〇錠 5mg」のように、規格のあるお薬は、規格も忘れずご記入ください

【使用を始めた日】 最終月経より半年前～現在までに開始した場合は、具体的な日付(〇年〇月〇日)が必要です。それ以前で不明な場合は、〇年くらい前～とご記入頂き、空欄にしないでください

【最後に使用した日】 中止されている場合は具体的な日付(〇年〇月〇日)が必要です。どうしても分からない場合に限り、〇月〇日くらいや、〇月上旬、等ご記入頂き、空欄にしないでください

【1日の使用量】 1日に使用する量をご記入ください。毎日使用しない場合は、使用頻度も必要です

【処方医療機関】 処方を受けた医療機関をご記入下さい。市販薬の場合は必ず「市販薬」とご記入ください

<薬剤タイプ別記入例>

薬剤名	規格	使用を始めた日	最後に使用した日 (使用中の場合は□に✓印)	1日の 使用量	使用理由 (病名や症状)	処方医療機関・ 診療科名・医師名	相談 有無	相談に対するアドバイスの内容
4 〇〇〇錠	60mg	2015年10月 20日	年 月 日 ☑現在使用中	頓服 1回2錠 1日6錠 月に3～5日	生理痛	〇〇レディースクリニック 〇〇医師	有	妊娠への影響がある

頓服として使用の場合は、1回あたりの量、1日量、頻度(週何日かなど)をご記入下さい。

粉薬の場合は、必ず一包あたりの量も、ご記入下さい。

2 〇△細粒	10%	2015年 12月 1日	2015年 12月 5日 □現在使用中	3包 (1包=1g)	風邪	〇×病院 内科 〇×医師	有	分からない
3 △△△製薬 当帰芍薬散料顆粒		2012年 1月 30日	年 月 日 ☑現在使用中	2包 (1包=3g)	冷え性	市販薬	無	

漢方薬の場合は、必ずメーカー名、顆粒か錠剤かまで含めた正確な薬剤名をご記入下さい。(※漢方薬局オリジナルのブレンドの場合は、全ての成分名、1日分の量が必要となります。処方薬局にお尋ねのうえ、ご記入下さい。)

問診票 設問3の記入方法②

※このページは提出不要です

薬剤名	規格	使用を始めた日	最後に使用した日 (使用中の場合は□に✓印)	1日の 使用量	使用理由 (病名や症状)	処方医療機関・ 診療科名・医師名	相談 有無	相談に対するアドバイスの内容
1 △△点鼻液		年 月 日 3年くらい前から	年 月 日 ✓現在使用中	2回	アレルギー性鼻炎	××耳鼻咽喉科 ××医師	有	分からない

この薬のように、最終月経より半年以上前から使用しているお薬で、始めた日が分からない場合は、大体何年くらい前からかご記入下さい(例:2年くらい前～)

噴霧するタイプの薬は回数を書いて下さい。

2 ○○吸入薬	200μg	2011年 4月 15日	年 月 日 ✓現在使用中	4回	喘息	△△附属病院 呼吸器科 △×医師	無	
3 ○○△△ワクチン		2015年 11月 17日	2015年 11月 17日 □現在使用中	1本	予防注射	○×病院 内科 ○×医師	無	

この薬のように、1日しか使用していない場合も必ず最後に使用した日もご記入下さい。

4 ××テープ	0.72mg	2015年10月 20日	年 月 日 ✓現在使用中	2日毎に2枚	不妊治療	○○レディースクリニック 産科 ○○医師	有	妊娠への影響はない
---------	--------	--------------	-----------------	--------	------	-------------------------	---	-----------

注射・点滴の場合は、1本や、1袋などご記入下さい。
毎日の使用でない場合は頻度も必要です。

貼り薬の場合は、枚数でご記入下さい。毎日の使用でない場合は、頻度も必要です。

5 ○○静注用	40mg	2009年 1月 31日	年 月 日 ✓現在使用中	1本 (2週間に1回)	リウマチ	○×病院 内科 ○×医師	有	専門機関に相談して下さい
---------	------	--------------	-----------------	----------------	------	-----------------	---	--------------

3.今回ご相談薬剤について伺います。下の表の中にご記入ください

●より正確な情報のために、処方医療機関から渡されたお薬の説明書をお持ちの方は、コピーを添付して下さい。その場合もこの用紙には必ずご記入ください。

※なお、説明書等のお送り頂きました資料は返却いたしません。あらかじめご了承ください。

薬剤名	規格	使用を始めた日	最後に使用した日 (使用中の場合は□に✓印)	1日の 使用量	使用理由 (病名や症状)	処方医療機関・ 診療科名・医師名	相談 有無	相談に対するアドバイスの内容
例 ○○○錠	50mg	2015年11月30日	2015年12月3日 □現在使用中	3錠	胃腸炎	○○総合病院 内科 ○○医師	有	妊娠に対する影響は分からないと言われた
1		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
2		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
3		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
4		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
5		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
6		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
7		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
8		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
9		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					
10		年 月 日	年 月 日 □現在使用中					

(※現在妊娠中の方※)チェック☑を入れて下さい→ □最終月経開始日以降に使用した薬は上記に記載した薬が全てです

4.嗜好品(アルコール・たばこ等)について教えてください	名前	使用の有無	詳細
	アルコール	1. 飲酒はしない 2. 妊娠前(最終月経前)に中止 3. 妊娠がわかってから中止 4. 現在も飲酒している ※「3.」「4.」の場合は詳細必須	頻度： 1. 毎日 2. 週に4~6回 3. 週に1~3回 4. 特別な時のみ 飲酒量： ビール_____ml 日本酒_____合 ※1回当たりが一番多く飲むときの量 ワイン_____杯 焼酎_____杯
	たばこ	1. 喫煙はしない 2. 妊娠前(最終月経前)に中止 3. 妊娠がわかってから中止 4. 現在も喫煙している	1日_____本喫煙する(していた) ※「3.」「4.」の場合は必須
	麻薬	1.はい 2.いいえ	(名称) 「1.はい」の場合は必須
	覚せい剤	1.はい 2.いいえ	(名称) 「1.はい」の場合は必須
	その他違法薬物	1.はい 2.いいえ	(名称) 「1.はい」の場合は必須
※上記内容についての秘密はかたく守られます。			
5.環境による影響も考慮するため、右記に該当する項目を教えてください	1.仕事などで、有機溶剤(アセトン、トルエン、ベンゼンなど)を日常的に使用する		(1.はい 2.いいえ) └─▶ 作業状況 1日_____時間 週に_____日
	2.仕事などで、放射線を日常的に使用する(※フィルムバッジを付けている方が該当)		(1.はい 2.いいえ)
6.既往の病気、現在治療中の病気について教えてください	病名がわからない場合は「不明」とご記入ください		
	疾患名	具体的な病名※疾患がある場合は必須	既往・治療中※疾患がある場合は必須
	悪性疾患		1.治療済 2.治療中
	心・血管系		1.治療済 2.治療中
	神経系		1.治療済 2.治療中
	精神系		1.治療済 2.治療中
	糖尿病		1.治療済 2.治療中
	てんかん		1.治療済 2.治療中
	血液学的疾患		1.治療済 2.治療中
	高血圧		1.治療済 2.治療中
	腎疾患		1.治療済 2.治療中
	甲状腺疾患		1.治療済 2.治療中
	その他		1.治療済 2.治療中

疾患がある場合は、疾患名に○をつけて、詳細をご記入ください

7.具体的なご希望・ご要望があればお書き下さい

相談方法のご希望（※相談方法は、ご希望に添えない場合がございます。ご了承ください）

電話相談希望 主治医のもとでの相談希望（相談依頼書が、別途必要です）

妊娠と薬外来での相談希望……拠点病院の場合は、ご希望の拠点病院をご指定ください（例：筑波大学附属病院）
※略称（筑波）でも可

妊娠と薬外来での相談希望で、拠点病院の指定がない場合は、国立成育医療研究センター（東京都）での外来とさせていただきます

本相談事業に伴う調査への協力について

本相談事業では、妊娠に対する薬の影響を明らかにすることを目的として、問診ならびに妊娠結果調査によって得られたご相談者の情報を集計し、調査に使わせていただきたいと考えております。（「調査へのご協力をお願い」をご覧ください）本調査の趣旨をご理解いただいた上で、ご協力くださいますようお願い申し上げます

同意書

★以下の内容をご理解いただいた上で、該当する□に✓印を付け、日付の記入とご署名をお願いします

- ・問診票・妊娠結果調査・電話での問い合わせによって得られた情報は、研究目的で集計されます
- ・情報は「妊娠と薬情報センター」にて厳重に保管されます
- ・個人のお名前は、公に出ることはありません
- ・個人を特定できる情報は、2年を経過するとデータベースから削除されます
- ・本調査研究への協力を同意しなくても、相談は受けられます
- ・同意は、個人を特定できる情報を削除する前（相談から5年以内）であれば、いつでも撤回できます
- ・本調査研究の成果は、論文などを通して公表されます
- ・ご質問・お問い合わせは「妊娠と薬情報センター」で受け付けています

調査研究への協力を同意します 調査研究への協力を同意しません

←（✓印をつけて下さい）

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名 _____

←（自筆でご記入ください）

ただし、ご同意いただけない場合は、個人を特定し得る個人識別情報は保管いたしません。事業統計として、個人を特定できない情報の一部（年齢、在住都道府県名、服薬状況）については、集計致します

妊娠と薬情報センター

「調査研究への協力同意」の諾否、年月日、署名を自筆にてご記入ください

問診票 5/5ページ目

相談依頼書

1. 相談者 _____ 様 の妊娠と薬に関する相談を依頼します。

2. 主治医の先生のご連絡先 ※スタンプ印等 ご使用いただいて結構です。

記入日	年	月	日	※相談者の記入によるものは無効です
病院住所	〒			
病院TEL	(— —)			
病院・医院名				
医師名				

3. 相談方法のご希望について (ご希望の相談方法 AorBに☑を付けてください)

<妊娠と薬外来での相談> ※ 国立成育医療研究センターから指定の拠点病院に回答書を送付します
次ページのいずれかの医療機関で面談による相談を行います。専門外来での相談で、時間は20分~30分程度で、医師と薬剤師が相談に応じます。相談終了後、主治医の先生に報告させていただきます。

A. 「妊娠と薬外来」での相談
次ページに相談可能な病院一覧があります。
選択して下記にご記入ください。

病院名: _____
病院名は略称で構いません。(例)国立成育医療研究センター:成育

<主治医のもとでの相談>
妊娠と薬情報センターから主治医の先生に薬の情報(回答書)を郵送します。それをもとに患者様に薬剤の説明をお願いします。回答書を簡易書留で郵送するため、**404円分の切手(※相談者負担)**を必ず同封してください。

B. 主治医のもとでの相談

いずれかに
✓して
ください

※お申し込みの際には、必ず**返信用封筒(相談者宛、84円切手貼付)※相談者負担**をご同封ください

※相談依頼書とは別に、相談者にご記入いただく**問診票**も必要です。当センターHPから印刷して頂けます

☆☆先生方へ 必ずお読みください☆☆

- 相談の方法は2通りあります。**妊娠と薬外来での相談** **主治医のもとでの相談** です。
いずれかの1つを選択し、上記1~3をご記入いただき、患者さまにお渡しください。
※ 相談方法は、薬の種類・服薬状況によって、先生のご希望通りにならない場合がありますのでご了承ください。
- 相談の申し込みは相談者様ご自身(患者様)が行います。

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1 国立成育医療研究センター内
妊娠と薬情報センター TEL:03-5494-7845

「妊娠と薬外来」での相談が出来る病院の一覧

「妊娠と薬外来」をご希望の方は下記の病院のいずれかを選択し、前ページに記入してください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 国立成育医療研究センター(世田谷区)
略称:成育 | <input type="checkbox"/> 北海道大学病院(札幌市北区)
略称:北海道 |
| <input type="checkbox"/> 弘前大学医学部附属病院(弘前市)
略称:弘前 | <input type="checkbox"/> 内丸メディカルセンター(盛岡市)
略称:内丸 |
| <input type="checkbox"/> 秋田赤十字病院(秋田市)
略称:秋田 | <input type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院(山形市)
略称:山形 |
| <input type="checkbox"/> 東北大学病院(仙台市青葉区)
略称:東北 | <input type="checkbox"/> 福島県立医科大学附属病院(福島市)
略称:福島 |
| <input type="checkbox"/> 筑波大学附属病院(つくば市)
略称:筑波 | <input type="checkbox"/> 済生会宇都宮病院(宇都宮市)
略称:宇都宮 |
| <input type="checkbox"/> 自治医科大学附属病院(下野市)
略称:自治医大 【2020年度開設】 | <input type="checkbox"/> 前橋赤十字病院(前橋市)
略称:前橋 |
| <input type="checkbox"/> 埼玉医科大学病院(入間郡毛呂山町)
略称:埼玉 | <input type="checkbox"/> 千葉大学医学部附属病院(千葉市中央区)
略称:千葉 |
| <input type="checkbox"/> 横浜市立大学附属病院(横浜市金沢区)
略称:横浜 | <input type="checkbox"/> 山梨県立中央病院(甲府市)
略称:山梨 |
| <input type="checkbox"/> 新潟大学医歯学総合病院(新潟市中央区)
略称:新潟 | <input type="checkbox"/> 信州大学医学部附属病院(松本市)
略称:信州 |
| <input type="checkbox"/> 富山大学附属病院(富山市)
略称:富山 | <input type="checkbox"/> 金沢医療センター(金沢市)
略称:金沢 |
| <input type="checkbox"/> 福井大学医学部附属病院(吉田郡永平寺町)
略称:福井 | <input type="checkbox"/> 浜松医科大学医学部附属病院(浜松市東区)
略称:浜松 |
| <input type="checkbox"/> 名古屋第一赤十字病院(名古屋市中村区)
略称:名古屋 | <input type="checkbox"/> 名古屋市立大学病院(名古屋市瑞穂区)
略称:名市大 |
| <input type="checkbox"/> 長良医療センター(岐阜市)
略称:長良 | <input type="checkbox"/> 三重大学医学部附属病院(津市)
略称:三重 |
| <input type="checkbox"/> 滋賀医科大学医学部附属病院(大津市)
略称:滋賀 | <input type="checkbox"/> 京都府立医科大学附属病院(京都市上京区)
略称:京都 |
| <input type="checkbox"/> 大阪母子医療センター(和泉市)
略称:大阪 | <input type="checkbox"/> 大阪大学医学部附属病院(吹田市)
略称:阪大 |
| <input type="checkbox"/> 大阪医科大学附属病院(高槻市)
略称:大阪医大 【2020年度開設】 | <input type="checkbox"/> 神戸大学医学部附属病院(神戸市中央区)
略称:神戸 |
| <input type="checkbox"/> 奈良県立医科大学附属病院(橿原市)
略称:奈良 | <input type="checkbox"/> 日本赤十字社和歌山医療センター(和歌山市)
略称:和歌山 |
| <input type="checkbox"/> 鳥取大学医学部附属病院(米子市)
略称:鳥取 | <input type="checkbox"/> 岡山医療センター(岡山市北区)
略称:岡山 |
| <input type="checkbox"/> 岡山大学病院(岡山市北区)
略称:岡大 | <input type="checkbox"/> 島根大学医学部附属病院(出雲市)
略称:島根 |
| <input type="checkbox"/> 広島大学病院(広島市南区)
略称:広島 | <input type="checkbox"/> 山口大学医学部附属病院(宇部市)
略称:山口 |
| <input type="checkbox"/> 四国こどもとおとなの医療センター(善通寺市)
略称:四国 | <input type="checkbox"/> 徳島大学病院(徳島市)
略称:徳島 |
| <input type="checkbox"/> 愛媛大学医学部附属病院(東温市)
略称:愛媛 | <input type="checkbox"/> 高知大学医学部附属病院(南国市)
略称:高知 |
| <input type="checkbox"/> 九州大学病院(福岡市東区)
略称:九州 | <input type="checkbox"/> 佐賀大学医学部附属病院(佐賀市)
略称:佐賀 |
| <input type="checkbox"/> 大分大学医学部附属病院(由布市)
略称:大分 | <input type="checkbox"/> 熊本赤十字病院(熊本市東区)
略称:熊本 |
| <input type="checkbox"/> 熊本大学病院(熊本市中央区)
略称:熊大 | <input type="checkbox"/> 長崎大学病院(長崎市)
略称:長崎 |
| <input type="checkbox"/> 宮崎大学医学部附属病院(宮崎市)
略称:宮崎 | <input type="checkbox"/> 鹿児島市立病院(鹿児島市)
略称:鹿児島 |
| <input type="checkbox"/> 鹿児島大学病院(鹿児島市)
略称:鹿児島大 | <input type="checkbox"/> 沖縄県立中部病院(うるま市)
略称:沖縄 |