

初期妊娠リスク自己評価表

市立豊中病院 産婦人科外来

質問事項	該当する事項のみチェックを付けてください。			
	0点	1点	2点	5点
1. あなたがお産をするときの年齢は何歳ですか？	<input type="checkbox"/> 16-34歳	<input type="checkbox"/> 35-39歳または、15歳以下	—	<input type="checkbox"/> 40歳以上
2. これまでにお産をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ初めての分娩です	—	—
3. 身長は150cm以上ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ150cm未満です	—	—
4. 妊娠前の体重は何kgですか？	<input type="checkbox"/> 65kg未満	<input type="checkbox"/> 65-79kg	<input type="checkbox"/> 80-99kg	<input type="checkbox"/> 100kg以上
5. タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	—	—
6. 毎日お酒を飲みますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	—	—
7. 向精神薬を使用していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい	—
8. これまでに右記事項に当てはまればチェックして下さい。 ※チェック数×1点	<input type="checkbox"/> 高血圧があるが薬は服用していない <input type="checkbox"/> 子宮がん健診での異常（クラスⅢb以上）があるといわれた <input type="checkbox"/> 心臓病があるが、激しい運動をしなければ問題ない <input type="checkbox"/> 糖尿病があるが薬は服用も注射もしていない		<input type="checkbox"/> 先天性股関節脱臼 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患があるが症状はない <input type="checkbox"/> 風疹の抗体がない	
9. これまでに右記事項に当てはまればチェックして下さい。 ※チェック数×2点	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患があり管理不良 <input type="checkbox"/> 精神神経疾患 <input type="checkbox"/> てんかん		<input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> Rh陰性	
10. これまでに右記事項に当てはまればチェックして下さい。 ※チェック数×5点	<input type="checkbox"/> 高血圧で薬を服用している <input type="checkbox"/> 糖尿病でインスリンを注射している <input type="checkbox"/> HIV陽性		<input type="checkbox"/> 心臓病があり、少しの運動でも苦しい <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群といわれた	
11. これまでに右記事項に当てはまればチェックして下さい。 ※チェック数×1点	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 前回妊娠時に妊娠高血圧症候群軽症（血圧が140/90以上160/110未満） <input type="checkbox"/> 前回妊娠時に巨大児（4kg以上）		<input type="checkbox"/> 子宮腔部の円錐切除術後 <input type="checkbox"/> 前回妊娠時に産後出血多量（500ml以上）	
12. これまでに右記事項に当てはまればチェックして下さい。 ※チェック数×2点	<input type="checkbox"/> 巨大子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 新生児死亡		<input type="checkbox"/> 子宮手術後 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 児の大きな奇形	
13. これまでに右記事項に当てはまればチェックして下さい。 ※チェック数×5点	<input type="checkbox"/> 前回妊娠が、妊娠高血圧症候群重症（血圧が160/110以上）		<input type="checkbox"/> 前回妊娠が、常位胎盤早期剥離	
14. 今回不妊治療は受けましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 排卵誘発剤の注射	<input type="checkbox"/> 体外受精	—
15. 今回の妊娠は	—	<input type="checkbox"/> 予定日不明妊娠	<input type="checkbox"/> 2年以上の不妊治療後の妊娠	—
	—	<input type="checkbox"/> 減数手術を受けた		—
16. 今回の妊婦健診について	<input type="checkbox"/> 妊娠初期に受診	<input type="checkbox"/> 28週以後の初診	<input type="checkbox"/> 分娩時が初診	—
17. 赤ちゃんに染色体異常があるといわれていますか？	<input type="checkbox"/> いわれていない	<input type="checkbox"/> 疑いがある	<input type="checkbox"/> 異常が確定している	—
18. 妊娠初期検査で異常があるといわれていますか？	<input type="checkbox"/> いわれていない	<input type="checkbox"/> B型肝炎陽性	<input type="checkbox"/> 性感染症（梅毒、淋病、外陰ヘルペス、クラミジア）の治療中	—

厚生労働省：初期妊娠リスク自己評価表を一部改変

合計 点

0-1点：妊娠初期時点では低リスクです。かかりつけ医で定期的に妊婦健診をうけていただくことが可能です。
 2-3点：中等度のリスクです。当院を受診の上、かかりつけ医での妊婦健診が可能か医師と相談して下さい。
 4点以上：ハイリスク妊娠です。妊娠初期より当院での妊婦健診をお勧めします。