

# 問診表

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏名		ご主人の氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
職業		職業	
住所	(〒 - )	住所	(〒 - )
携帯電話		携帯電話	
健康状態	身長 cm 体重 kg	健康状態	身長 cm 体重 kg

※クリニックから連絡をする際、当院名を告げてもらっても宜しいですか？ ( はい ・ いいえ )

当てはまるところに○をつけてください。

1, ご結婚はいつですか？ ( 西暦 年 月 日 歳)

離婚・再婚をされていたらお答えください。離婚 (西暦 年 月 日)

2, 妊娠にトライし始めてからの期間 ( 年 ヶ月)

夫婦生活について ※答えたくない場合は記入不要 頻度 ( 回/月) 性交痛や性交障害が ( ある ・ ない )

3, 月経についてお答えください。

① 月経が始まった年齢はいつですか？ ( 歳)

② 普段の月経は順調ですか？ ( はい ( 日周期) ・ いいえ (早いと 日周期位、遅いと 日周期位) )

③ 月経は何日間くらいありますか？ ( )日間位

④ 月経時、体の具合が悪い時、薬を飲みますか？ ( はい ( ) ・ いいえ )

⑤ 一番最近の月経はいつでしたか？ 月 日から ( )日間

4, 今までに他の病院で検査を受けたことがありますか？ 検査結果、検査した年(西暦)を分かる範囲でご記入ください。

子宮卵管造影 ( 年 正常・異常・不明 ) 超音波検査 ( 年 正常・異常・不明 )

フーナーテスト ( 年 正常・異常・不明 ) 精液検査 ( 年 正常・異常・不明 )

子宮鏡検査 ( 年 正常・異常・不明 ) その他 \_\_\_\_\_ ( 年 )

5, 今までに妊娠するための治療を受けたことがありますか？

タイミング指導 ( 周期) 排卵誘発(内服: 周期 / 注射: 周期) 人工授精 ( 周期)

体外受精/顕微授精 ( 周期)

※分かる範囲で結構です。下記に詳細をご記入ください。

採卵	体外受精/顕微授精新	刺激方法	採卵回数	凍結回数	特記事項
移植	新鮮胚移植/融解胚移植	移植方法 (自然ORホルモン補充)	移植回数	結果(妊娠判定)	特記事項
例	H 28/10/12 H 29/1/5	顕微授精 融解胚移植	アンタゴニスト法 ホルモン補充周期	※個 ※個	※個 妊娠判定(※)
1	H				
2	H				
3	H				
4	H				
5	H				

6, 当院で希望する治療は何ですか？ (複数○印可)

一般不妊治療・検査 人工授精 体外受精(顕微授精) 不妊カウンセリング その他 ( )

※裏面もご記入ください※

7、あなたの妊娠、分娩についてお答えください。

今までに妊娠したことがありますか？(流産・人工中絶も含め) < はい ・ いいえ >

→はいと答えた方は、年齢の記入、当てはまるところに○印をお願いします。

年齢	妊娠の経過					お産		産後		お子さん		
	正産	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎	人工中絶	正産	帝王切開	正産	異常	男	女	出生時体重/週数
歳												g/ 週 日
歳												g/ 週 日
歳												g/ 週 日

8、今までにかかった病気や、受けた手術についてお答えください。

①婦人科系の病気(子宮筋腫・卵巣のう腫など)を言われたことがありますか？ < はい ・ いいえ >

→はいと答えた方は、年齢、治療時期の記入、当てはまるところに○印をお願いします。

年齢	病名	治療経過					その他
		経過観察	(服用薬・ホルモン療法を含む)	開腹手術	腹腔鏡下手術	子宮鏡下手術	
歳							
歳							

②今までに(現在も含む)、通院を必要とする病気にかかったことはありますか？ < はい ・ いいえ >

→はいと答えた方は 年齢( 歳) 病名( )

③今までに手術を必要とする病気にかかったことはありますか？ < はい ・ いいえ >

→はいと答えた方は 年齢( 歳) 病名( )

④感染症にかかったことはありますか？ < はい ・ いいえ >

→はいと答えた方：それはどのような感染症ですか？

年齢( 歳) < B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV ・ クラミジア ・ その他( )>

⑤風疹にかかったことがありますか？ < はい( 歳) ・ いいえ ・ 不明 >

風疹の抗体価を調べたことがありますか？ < はい( 歳：抗体価 倍 ・ 不明) ・ いいえ ・ 不明 >

風疹ワクチンを接種したことがありますか？ < はい( 歳) ・ いいえ ・ 不明 >

9、現在飲んでいる薬はありますか？ < はい 薬品名( ) ・ いいえ >

10、喘息はお持ちですか？ < はい (最終発作 年 月) ・ いいえ >

11、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ ※薬の副作用も含む < はい ・ いいえ >

→はいと答えた方：それは何によるものでしたか？

( )

12、ご夫婦の嗜好品についてお答えください。

ご本人 たばこ：吸わない 吸う( 本/日) 吸っていた( 歳頃～ 歳頃まで)

アルコール：飲まない 時々飲む( 回/週) ほぼ毎日飲む( ml/日)

ご主人 たばこ：吸わない 吸う( 本/日) 吸っていた( 歳頃～ 歳頃まで)

アルコール：飲まない 時々飲む( 回/週) ほぼ毎日飲む( ml/日)

13、他院からの紹介状をお持ちですか？ < はい ・ いいえ > ※紹介状/検査結果をご持参の方は、受付に提出をお願いします。

14、こちらのクリニックを何でお知りになりましたか？ ( )

15、気になる事、心配な事、医療スタッフへの要望など、ご自由にご記入ください。

[ ]