

問 診 票

改訂第七版

初めて診察を受けられる方へ

平成 年 月 日

※ 氏名は保険証と同じ字体でフルネームをご記入下さい

ふり 氏 名 : _____

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日 (歳) 入籍日 (S・H 年 月)

身長 : _____ c m 体重 : _____ k g

職業 : _____

夫の氏名 : _____

生年月日 : 昭和・平成 年 月 日 (歳)

職業 : _____

お子様を希望してからの年数 : _____ 年

未入籍の場合 : 入籍予定 あり → いつ頃 ()
なし

事実婚の方 : 同居の有無 あり ・ なし

当クリニックからのお願い

予約制をとっておりますが、緊急手術などで予約の変更をお願いすることがあります。
その際、ご自宅へ連絡させていただいても宜しいでしょうか？

はい ・ いいえ

「いいえ」の方はご連絡先をご記入下さい。

電話番号 : _____

I. 月経歴についてお答え下さい。

1. 初潮は何歳の時ですか？ _____ 歳

2. 最近の月経は順調ですか？ はい ・ いいえ ・ 全くない

正常の月経 : _____ 日周期

不順な周期 : 具体的に ()

月経歴 : 最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日から (_____ 日間)

II. 妊娠歴についてお答え下さい。

| 妊娠した月日 | 年齢 | 妊娠のしかた | 妊婦の転帰 | | | |
|--------|----|------------|-------|--------|-----------|----|
| | | | 正常分娩 | 早産(週) | 中絶・流産(週) | 外妊 |
| 年 月 | | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩 | 早産(週) | 中絶・流産(週) | 外妊 |
| 年 月 | | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩 | 早産(週) | 中絶・流産(週) | 外妊 |
| 年 月 | | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩 | 早産(週) | 中絶・流産(週) | 外妊 |
| 年 月 | | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩 | 早産(週) | 中絶・流産(週) | 外妊 |
| 年 月 | | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩 | 早産(週) | 中絶・流産(週) | 外妊 |
| 年 月 | | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩 | 早産(週) | 中絶・流産(週) | 外妊 |

III. 避妊歴についてお答え下さい。

結婚後、避妊していた期間はありますか？ ない・ある

ある場合： 年 月

方 法： _____

IV. 今までの不妊治療についてお答え下さい。

1. 以前に他の医療施設にかかったことがありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合： 施設名 ① _____

通院期間 年 月～ 年 月

② _____

通院期間 年 月～ 年 月

③ _____

通院期間 年 月～ 年 月

2. 受けたことのある不妊症の検査があれば記入して下さい。

| 検査内容 | 施行年月 | 施設名 | 結 果 |
|---------|------|-----|-------|
| ホルモン | / | | 正常・異常 |
| 精 液 | / | | 正常・異常 |
| H S G | / | | 正常・異常 |
| ラ パ ロ | / | | 正常・異常 |
| フ ー ナ ー | / | | 正常・異常 |
| 内膜組織診 | / | | 正常・異常 |

H S G：子宮卵管造影法による検査、ラパロ：腹腔鏡検査、フーナー：性交後検査

3. 不妊症の治療として投薬を受けたことがありますか？ はい・いいえ

4. ある場合は下記の表より選び○印をつけて下さい。

| | |
|-----|--|
| 内服薬 | 排卵誘発剤・黄体ホルモン剤・ボンズール・漢方薬 不明・その他（ ） |
| 注射剤 | 排卵誘発剤・黄体ホルモン剤・hCG・カウフマン療法 不明・その他（ ） |

5. 卵管通気・卵管通水を受けたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合：施設名 _____

6. 人工授精・体外受精を受けたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合：施設名 _____

既往ART回数：AIH _____回・IVF _____回・ICSI _____回

7. ご主人は男性不妊に関する治療を受けられたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合：病名 _____

V. 今までかかった病気や手術についてお答え下さい。

1. 病気になったり、手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合：年 月

病名 _____

手術 _____

2. 手術や麻酔時に何か問題が起きましたか？ はい・いいえ

3. 薬や注射、その他のアレルギーはありますか？ はい・いいえ・わからない

「はい」の場合：具体的に _____

4. 現在、産婦人科以外でかかっている診療科がありますか？

具体的に施設名・診療科・病名・服用中の薬剤などご記入下さい

VI. ご家族についてお答え下さい。

1. ご主人は過去に大きな病気をしたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合：病名 _____

2. あなたと血縁関係にある方で、麻酔や手術中に問題がおきた方はいますか？

はい：問題の内容 _____

いいえ

3. ご主人と血縁関係にある方で、麻酔や手術中に問題がおきた方はいますか？

はい：問題の内容 _____

いいえ

VII. その他ご自由にお書き下さい。

Blank box for additional information.