

# 問 診 票

改訂第八版

初めて診察を受けられる方へ

令和 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 なが  
氏 名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 西暦 年 月 日 ( 歳 ) 入籍日 (西暦 年 月)

身長 : \_\_\_\_\_ cm 体重 : \_\_\_\_\_ kg 血 圧 ( / mmHg)

職 業 : \_\_\_\_\_

ふりがな  
夫の氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 西暦 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 |        |           |    |
|--------|----|------------|-------|--------|-----------|----|
| 西暦 年 月 |    | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩  | 早産( 週) | 中絶・流産( 週) | 外妊 |
| 西暦 年 月 |    | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩  | 早産( 週) | 中絶・流産( 週) | 外妊 |
| 西暦 年 月 |    | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩  | 早産( 週) | 中絶・流産( 週) | 外妊 |
| 西暦 年 月 |    | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩  | 早産( 週) | 中絶・流産( 週) | 外妊 |
| 西暦 年 月 |    | 自然・人工・体外受精 | 正常分娩  | 早産( 週) | 中絶・流産( 週) | 外妊 |
| 西暦 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・ボンゾール・漢方薬<br>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<br>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.