

の所は必ずご記入をお願いいたします。

記入日： 年 月 日

問診票

フリガナ

*フリガナは左づめでご記入ください *濁点は1マス使って記入してください
*姓と名の間は1マスあけてください

名前 (歳) 生年月日： T・S・H 年 月 日

〒 住所

電話番号 (自宅) (携帯)

身長： cm 体重： kg 血圧： / 職業：

★今日はどうされましたか ✓をつけてください

- 月経がない 月経痛 月経不順 月経以外の出血がある 月経前症候群 (PMSの相談)
- お腹が痛い お腹に違和感がある おりものが多い かゆみがある
- しこり・できもの (部位：) 排尿時に痛み ピルの処方 (緊急避妊 日常的に服用) 月経移動
- 子宮がん検診 プライダルチェック 赤ちゃんが欲しい…治療歴 (ある・なし)
- 更年期の相談 (イライラする、多汗、だるいなど) 前回見つかった病気の定期検診 病名 ()
- 妊娠かどうか…市販の妊娠検査をした (陽性・陰性) 検査日： 月 日 → (出産予定 あり なし 未定)
- その他 ()

★子宮がん健診 (子宮頸がん検査) を受けたことがありますか ※「はい」の方は、健診日と結果をお教えてください

- はい 最終健診日 年 月 (検査結果：正常・異常・不明) いいえ

★既往歴 下記の病気に今までにかかったことがある場合は✓をつけてください。

- 高血圧 糖尿病 がん 心臓病 腎臓病 心の病気
- 脳の病気 肺の病気 (喘息・結核・百日咳・その他) 膠原病などの免疫異常による病気
- 喫煙： 本/日、年間くらい 飲酒： を ml くらい (毎日・ときどき)

★その他大きな病気をしたことはありますか?…はい いいえ (※「はい」の方は下記のご記入をお願いします。)

年齢	病名	手術をしましたか?	手術内容
		はい・いいえ	
		はい・いいえ	

★ご家族で大きな病気にかかった方はいらっしゃいますか? (高血圧、糖尿病など) …はい いいえ ※「はい」の方は記入をお願いします。 (ご自身の祖父母、両親、兄弟姉妹)

続柄	病名	続柄	病名

★今飲んでいるお薬はありますか? はい いいえ ※「はい」の方は下記にご記入をお願いします。

() お薬手帳を…
持っている
持っていない

★アレルギー ある ない ※「ある」の方は下記項目にまるをつけてください。

薬剤・麻酔・造影剤・アルコール・ヨード (イソジン)・ラテックス・金属・食べ物・その他
 (→具体的に… 薬剤名、食品名など)

★今までに性交渉の経験はありますか? ある ない

・最終月経： 月 日から 日間 ☆月経歴…初潮 歳 閉経 歳
 ・月経周期： 日 (順・不順) ・月経量： 少・中・多 ・月経痛： なし・弱・強

★妊娠・分娩歴 妊娠 回 分娩回数 回 自然流産 回 人工中絶 回 未婚 既婚 結婚予定

出産日	分娩週数	出生体重	性別	分娩方式	出産病院名
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	
年 月 日	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	

☆その他、気になることがありましたらご記入ください。

★アンケートにご協力をお願いいたします。Q. 当院をどのようにお知りになりましたか? (複数回答可)

- インターネット検索で HP(ホームページ)を見て お知り合いに聞いて 通りかかって お近くにお住まい にご協力ありがとうございました。

高取レディスクリニック

問診票【不妊治療】

氏名： _____

1. 当院でどのような治療を希望されますか？（複数回答可）

まずは相談

（相談内容が具体的にありましたら記入してください： _____）

タイミング法

精液検査（当院で検査を行い、治療が必要となった際には男性不妊の専門病院を紹介させていただいています。）

人工授精

体外受精（当院では行なっている治療ではありませんが、今後検討されるお考えがある方はチェックをしてください。）

その他（ _____ ）

2. 避妊期間などについて教えてください

・ 避妊期間： ない ・ ある（ _____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで）

・ 避妊解除してから： _____ 年 _____ ヶ月

3. これまでに不妊検査や治療を行なったことがある方はご記入ください。

① 受診されていた病院名と通院期間

（ 夫 ・ 妻 ） 病院名： _____ 通院期間： _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月

（ 夫 ・ 妻 ） 病院名： _____ 通院期間： _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月

（ 夫 ・ 妻 ） 病院名： _____ 通院期間： _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月

（ 夫 ・ 妻 ） 病院名： _____ 通院期間： _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月

② これまで受けられた検査について

検査名	検査時期	検査結果	
ホルモン（血液）検査	_____ 年 _____ 月頃	異常なし・異常あり	
クラミジア検査（膣部）	_____ 年 _____ 月頃	異常なし・異常あり	
クラミジア検査（採血）	_____ 年 _____ 月頃	異常なし・異常あり	
子宮頸がん検査	_____ 年 _____ 月頃	異常なし・異常あり	
卵管造影検査	_____ 年 _____ 月頃	異常なし・異常あり	

精液検査	_____ 年 _____ 月頃	異常なし・異常あり	
------	------------------	-----------	--

③ これまで受けられた治療について

特になし

クロミッド療法

タイミング法

人工授精（ _____ ）回

体外受精（ _____ ）回

4. 何か気になること、聞いておきたいことなどあればご記入ください。

高取レディースクリニック

不妊治療を始めるにあたり、少しでも早く結果につながるよう、より効果的な治療法を医師より提案させていただきます。

患者様より治療に関してご要望などありましたらご遠慮なく医師やスタッフにご相談ください。