

の所は必ずご記入をお願いいたします。

問診票

記入日： 年 月 日

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 (携帯) (自宅)

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

- | | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 月経がない | <input type="checkbox"/> 月経痛 | <input type="checkbox"/> 月経不順 | <input type="checkbox"/> 月経以外の出血がある | <input type="checkbox"/> 月経前症候群 (PMS の相談) |
| <input type="checkbox"/> お腹が痛い | <input type="checkbox"/> お腹に違和感がある | | <input type="checkbox"/> おりものが多い | <input type="checkbox"/> かゆみがある |
| <input type="checkbox"/> しこり・できもの (部位：) | <input type="checkbox"/> 排尿時に痛み | | <input type="checkbox"/> ピルの処方 (<input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> 日常的に服用) | <input type="checkbox"/> 月経移動 |
| <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 | <input type="checkbox"/> プライダルチェック | | <input type="checkbox"/> 不妊治療希望 (治療歴 ある なし) | <input type="checkbox"/> ぷち妊活 () |
| <input type="checkbox"/> 更年期の相談 (イライラする、多汗、だるいなど) | | | <input type="checkbox"/> 見つかった病気の定期検診 病名 () | |
| <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか… <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査をした (陽性・陰性) | | 検査日： 月 日 → (出産予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定) | | |
| <input type="checkbox"/> 健康診断後の再検査 (病名：) | | <input type="checkbox"/> 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。

- | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> がん | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 心の病気 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脳の病気 | <input type="checkbox"/> 肺の病気 (喘息・その他) | <input type="checkbox"/> 膠原病などの免疫異常による病気 | | <input type="checkbox"/> 婦人科病患 病名 () | | |
| <input type="checkbox"/> 喫煙： 本/日、 年間くらい | | <input type="checkbox"/> 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
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」の方は下記の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 g	性別 男・女	分娩方式 経腔分娩 · 帝王切開			出産病院名
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 帝王切開			
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 帝王切開			
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 帝王切開			
年 月 日	週	g	男・女	経腔分娩 · 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。

問診票【不妊治療】

年 月 日

※問診票の内容と重複してお尋ねしている部分があります。
ご了承ください。

ID :

氏名：

(IDはこちらで記載します。氏名のみご記入ください)

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る。)

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. お二人の年齢や避妊期間などについて教えてください

- ・年齢：女性 歳（職業） / 男性 歳（職業）
・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
・□未婚 □事実婚 □既婚 →（既婚の方） 結婚後 年 ヶ月

3. 妊娠、出産歴のある方はご記入ください。(初診で1枚目の当院問診票にご記入いただいた方は記入の必要はありません。)

妊娠回 分娩回数回 自然流産回 人工中絶回

4. 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

5. 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。

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。

高取レディスクリニック