

問診表

BMI: _____, 血圧: _____/_____, P: _____

★ 番号・選択肢に○をつけ、_____は記入してください

ふりがな _____ 生年月日; S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日, 年齢; _____ 歳
お名前; _____, 身長; _____ cm, 体重; _____ kg(不変/増加/減少)
〒; _____ - _____, 住所; _____ 県 _____ 市/町/村 _____
自宅電話番号; _____ - _____ - _____ 携帯電話番号; _____ - _____ - _____ 血液型; (_____)型, Rh(±・-) _____
ご職業(具体的に); あり _____ /なし/元 _____, 勤務; _____ 時 _____ 分~ _____ 時 _____ 分, 休み; 土/日/ _____

★ ご主人について(お子さんの欲しい方のみご記入ください)

ふりがな _____ 生年月日; S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日, 年齢; _____ 歳
お名前; _____, 身長; _____ cm, 体重; _____ kg(不変/増加/減少)
ご職業(具体的に); あり _____ /なし/元 _____, 勤務; _____ 時 _____ 分~ _____ 時 _____ 分, 休み; 土/日/ _____
既往歴(現在治療中やこれまでかかった病気・手術等); なし/あり _____

★ クリニックに来られたきっかけは? ; 知人(_____)さんの紹介/近いから/ホームページを見て/タウンページを見て/本/雑誌(_____)を見て/道路看板を見て/新聞を見て/その他(_____)

★ クリニックまでの所要時間; 車(自分で/乗せてもらって)/JR/バス/バイク/自転車/徒歩 _____ 時間 _____ 分

★ 紹介状はお持ちですか? ; なし/あり(病院名; _____, 医師名; _____)

★ 基礎体温表はつけていますか? ; つけていない/つけている(持参/持参せず)

★ 月経についてお聞きます

最終月経; _____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日, 周期; 順調 _____ 日型/不順 _____ 日~ _____ 日, 持続; _____ 日間, 月経量; 少/中/多月経痛; なし/あり(弱/中/強/激しい; 腰痛/下腹痛)・内服薬; _____ 毎回/時々使用, 初経; _____ 歳, 閉経; _____ 歳

★ 結婚歴; 未婚/婚約中/事実婚/既婚; _____ 年 _____ 月 _____ 日/離婚/再婚; _____ 年 _____ 月 _____ 日

★ 妊娠・出産歴; _____ 回妊娠, _____ 回出産

1. _____ 年 _____ 月 _____ 日; 中絶/流産/早産/正常産/異常産; 吸引/鉗子/帝王切開(適応; _____) _____ g, _____ 週 _____ 日, 男/女

2. _____ 年 _____ 月 _____ 日; 中絶/流産/早産/正常産/異常産; 吸引/鉗子/帝王切開(適応; _____) _____ g, _____ 週 _____ 日, 男/女

3. _____ 年 _____ 月 _____ 日; 中絶/流産/早産/正常産/異常産; 吸引/鉗子/帝王切開(適応; _____) _____ g, _____ 週 _____ 日, 男/女

★ 既往歴(現在治療中やこれまでかかった病気・手術等); _____

★ 家族歴(糖尿病・高血圧・ガンなど); なし/あり _____

★ アレルギー; なし/あり 薬; _____ 食べ物; _____, その他; _____

★ 現在薬を飲んでいますか; なし/あり; 胃腸薬/安定剤/睡眠薬/その他 _____

★ 風疹ワクチンは受けましたか; 受けた/受けていない/わからない, 風疹抗体価; _____ 倍/不明

★ 本日はどうされましたか?

1. **子供が欲しい** → うらのページに引き続き記入してください

2. **妊娠しているか** 市販の妊娠判定薬で陽性; _____ 月 _____ 日

3. **月経不順/月経の遅れ/月経がない** 時期; _____ から

4. **不正出血/性交時出血** 時期; _____ ごろ

5. **おりもの/かゆみ** 部位; _____, 症状; _____

6. **痛み/できもの** 下腹部/外陰部/上腹部/臍部/腰部/その他; _____

7. **ガン検診希望** 子宮頸ガン/子宮内膜ガン/卵巣ガン

8. **更年期について/ホルモン療法の相談**

9. **ピルの処方** 避妊目的/月経をすらしたい(____ 月 _____ 日~ _____ 月 _____ 日)を避けたい

10. **性病の検査希望** クラミジア/淋病/梅毒/AIDS/その他; _____

11. **その他** _____

1. **子どもが欲しい** ★すぐに/1～2年以内/特に期限なし/いずれ

- ★ 話を聞きたい/検査希望/治療希望:自然で/一般不妊治療で/体外受精などで
- ★ 不妊期間;年.....ヶ月(避妊期間は除いてください)
- ★ タバコを;吸わない/吸う;1日.....本(ご主人は;吸わない/吸う;1日.....本)
- ★ 飲酒は;しない/する;ビール/焼酎/日本酒/ワイン/ウイスキー;.....cc/毎日/週に.....日
- ★ 不妊検査・治療歴;なし/通院中/過去(.....年.....月～.....年.....月);病院名;....., 医師名;.....
検査内容;ホルモン検査/通気/通水/子宮卵管造影/ヒューナーテスト/精液検査/腹腔鏡/その他;.....
検査結果;異常なし/異常あり;.....
- ★ 治療内容;タイミング回
排卵誘発;クロミフェン回, 排卵誘発;HMG 注射回
人工授精;.....回(自然周期;回/クロミフェン併用;回/HMG 注射併用;回)
体外受精;.....回/顕微授精;.....回(Long/Short/アンタゴニスト併用/自然周期/クロミフェン周期/HMG 周期)
その他;.....
- ★ 今までに不妊治療の副作用が出たことが;ある/ない
薬(薬品名;.....);じんましん/湿疹/めまい/吐き気/便秘/注射部位の炎症
治療に伴う副作用;卵巣がはれた/腹水がたまった/その他.....
- ★ 特に希望する検査がありますか? はい;(.....)/いいえ
- ★ 現在のところ不妊治療期間をどのくらいと考えられていますか? ;今後 半年/1年/1年半/2年/それ以上
- ★ 私は不妊について十分な知識があると思う; はい/いいえ
- ★ ご主人は不妊で通院することを; 知っている/知らない
- ★ ご主人は不妊治療に; 協力的/非協力的/どちらでもない
- ★ 平均的な性交間隔は;週に.....回/月に.....回/ほとんどなし/なし
- ★ 性交での問題がない/ある;妻;不感症/性交痛/その他;....., 夫;不感症/早漏/遅漏/ED(勃起不全)/その他;.....
- ★ 不妊について心配なことやご相談になりたいことがおありでしたら、ご記入ください。
.....
.....
.....
.....

★個人情報保護に関する当院の基本方針(問診台の前に掲示)はお読みいただき、同意されますか?

同意する / 同意しない

⇒同意されない内容につきお教えてください。

★当院よりご自宅へ緊急連絡等が必要な場合の連絡先は

自宅/携帯/その他(.....)

病院名を出して; よい / よくないので個人名希望

留守電に伝言を入れて; よい / よくない

★今後の診察に対してご希望・ご要望がありましたらご記入ください。
.....
.....
.....