

女性問診表 (表裏面あります)

※この問診表は当院の医療専従者以外の目に触れることはありません。

フリガナ		本人携帯番号	職業	勤務先名	身長	体重	血液型
本人氏名							型
生年月日	S・H 年 月 日 ()歳			☎	cm	kg	RH ()
フリガナ		夫携帯番号	職業	勤務先名	身長	体重	血液型
夫氏名							型
生年月日	S・H 年 月 日 ()歳			☎	cm	kg	RH ()
住所	〒 自宅 ☎						
緊急時連絡先	※緊急時のためのご夫婦以外の連絡先を記入してください ご関係 () ※【クリニック名・個人名】でかけてほしい お名前 () ※お留守の場合、留守番電話にて内容をお伝えしてもよろしいですか【はい・いいえ】 連絡先番号 ()						

あてはまるものに○印をつけて下さい

1 本日の受診のきっかけは何ですか

- a 他院から紹介 病院名() 医師名() 紹介状 (有 ・ 無)
- b 知人の紹介 ※差し支えなければお名前をご記入ください。()
- c インターネット
- d その他()

2 月経について

- ①初潮は何才のときありましたか。 ()才のとき
- ②月経は順調にありますか。 順調 不調
- ③月経は何日型で、何日続きますか。 ()日型で()日間続く
- ④最近の月経はいつから始まりましたか。 ()月()日より()日間
- ⑤月経の量はどのくらいだと感じますか。 多 中 少

3 結婚歴について

【女性】

【男性】

結婚年齢 ()歳 結婚(年 月) 結婚年齢 ()歳 結婚(年 月)
 離婚(年 月) 再婚(年 月) 離婚(年 月) 再婚(年 月)
 離婚(年 月) 再々婚(年 月) 離婚(年 月) 再々婚(年 月)
 婚約中 内縁(同棲中) 独身 特記事項 ()

4 妊娠歴について

- ①避妊期間はありますか。 ある (年 月 ~ 年 月の ヶ月・年間) / ない
- ②妊娠を希望してからの期間はどれくらいですか。()年と()ヶ月
- ③妊娠されたことはありますか。 はい (下枠内にご記入ください) / いいえ

	1回目	2回目	3回目
年 月 日	年 月	年 月	年 月
出 産	男・女 _____g 健	男・女 _____g 健	男・女 _____g 健
	_____週 否	_____週 否	_____週 否
流 産	_____週	_____週	_____週
子宮外妊娠	_____週	_____週	_____週
人工妊娠中絶	_____週	_____週	_____週

⇒裏面もご記入下さい。

5 今までの不妊症治療について

(※①～⑤は治療を受けられたことがある方のみお答えください。治療を受けられたことのない方は⑥のみ記入して下さい。)

- ①今まで治療していた病院で、不妊原因は何と言われていましたか ()
- ②治療を受けられていた期間はどれくらいですか ()年()ヶ月
- ③今までどのような検査を受けられましたか 検査を受けられた主な医療機関 ()
- a 卵管通気・通水検査 (正常・異常) b 子宮卵管造影検査 (正常・異常) c ホルモン検査 (正常・異常)
d 腹腔鏡検査 (正常・異常) e フーナーテスト (正常・異常) f 精液検査 (正常・異常)
g その他 ()
- ④今までどのような治療を受けられましたか
- a 排卵誘発剤投与 (内服薬・注射)
- b 人工授精 ()回受けた 医療機関 ()
- c 体外受精 ()回受けた 医療機関 ()
- d 顕微授精 ()回受けた 医療機関 ()
- ⑤2022年4月以降に保険診療で体外受精を受けられましたか はい →下記に詳細をご記入ください / いいえ
- 保険診療で体外受精を受けられた初回治療開始日の年齢 ()歳
- 保険診療で受けられた胚移植の回数 ()回
- 医療機関 1() 胚移植回数()回
- 医療機関 2() 胚移植回数()回
- 医療機関 3() 胚移植回数()回
- ※ 保険診療で受けられる体外受精には回数制限があるため、正確にご記入ください**

- ⑥当院で希望される治療は何ですか
- 体外受精 顕微授精 人工授精 一般不妊治療 検査 その他()

6 今までかかった主な病気、受けた手術、健康状態について (婦人科以外も含む)

- ①アレルギーがあるといわれたことがある、もしくはご自分でアレルギー体質と思われませんか
- はい →アレルギー名をご記入ください / いいえ ()
- ②今まで使った薬や注射で、気分が悪くなったり、湿疹ができるなどの副作用をおこしたことがありますか
- はい →薬の名前をご記入下さい / いいえ ()
- ③今まで病気や手術をしたことがありますか
- はい →病気や手術名をご記入ください / いいえ ()
- ④喫煙の習慣はありますか はい (1日 本位を 歳頃から) / いいえ
- ⑤飲酒の習慣はありますか はい (日に1回位 を ml位) / いいえ
- ⑥現在のんでいる薬はありますか はい () / いいえ
- ⑦梅毒、B型肝炎、C型肝炎、HIV、その他性病の既往はありますか はい →下記に詳細をご記入ください / いいえ
- 感染症名() 罹患中 / 治療中 / 治癒 (年 月)

7 自費診療の検査や治療について (現時点でのお考えをお聞かせください)

【検査】 積極的に希望 必要であれば受ける 希望しない ()

【治療】 積極的に希望 必要であれば受ける 希望しない ()

8 本日、特に相談したいことをご記入ください