

問診票

年 月 日

この問診票は、診療をよりよいものにするために参考とさせていただきます。お分かりになる範囲でご記入下さい。

フリガナ 氏名(妻)		フリガナ 氏名(夫)				
生年月日 西暦 / S・H 年 月 日生 (歳)		西暦 / S・H 年 月 日生 (歳)				
身長: cm 体重: kg		身長: cm 体重: kg				
I	結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 (西暦 / S・H 年 月) <input type="checkbox"/> 再婚 (西暦 / S・H 年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 (西暦 / S・H 年 月結婚予定)				
II	今回受診された理由について (該当する箇所すべてにチェック☑してください。) ※内容によっては保険診療外(自費)となります。	<input type="checkbox"/> なかなか妊娠しない <input type="checkbox"/> 性生活がうまくいかない <input type="checkbox"/> 妊娠するが流産・死産となる <input type="checkbox"/> 不育検査を希望する(流産を予防するために) <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精を希望 <input type="checkbox"/> 他院より紹介 (紹介状: あり・なし) <input type="checkbox"/> その他 []				
III	月経について	初めての月経は 歳 月経周期・・・月経が始まった日から次の月経が始まるまで 順調・ほぼ順調(日間) 不順(短い月 日間、長い月 日間) 月経期間・・・月経が始まってから終わるまで 日間 月経量は 多い・ふつう・少ない 月経時の症状は 頭痛・下腹部痛・腰痛(痛み止めを使用しますか? はい・いいえ) 最近の月経は 西暦 / S・H 年 月 日から 日間 その前の月経は 西暦 / S・H 年 月 日から 日間				
IV	妊娠について	今までの妊娠回数 回 分娩回数(死産を含む) 回				
	回数	年月日	妊娠週数	妊娠経過	児の性別・体重	病院
	①	西暦 年 月 (S・H 年 月)	妊娠 週 (妊娠 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 分娩(経膈・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産(胎囊のみ・胎児心拍が見えた)	男・女・不明 g	
	②	西暦 年 月 (S・H 年 月)	妊娠 週 (妊娠 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 分娩(経膈・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産(胎囊のみ・胎児心拍が見えた)	男・女・不明 g	
	③	西暦 年 月 (S・H 年 月)	妊娠 週 (妊娠 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 分娩(経膈・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産(胎囊のみ・胎児心拍が見えた)	男・女・不明 g	
	④	西暦 年 月 (S・H 年 月)	妊娠 週 (妊娠 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 分娩(経膈・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産(胎囊のみ・胎児心拍が見えた)	男・女・不明 g	
V	病気について					
	①	子宮がん検査を受けられたことがありますか? なし・あり(西暦 / S・H 年 月) が最も最近				
	②	今までに右記の病気にかかられたことはありますか 癌・糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・甲状腺疾患 ・肝臓病(B型肝炎・C型肝炎)・精神疾患 ・その他()				
	③	上記②のために現在も飲まれている薬がありますか?(薬品名:)				
	④	②以外に現在治療中の病気はありますか? その病気について飲まれている薬がある場合はご記入ください。	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃)	病名 :	薬品名 :
	⑤	手術や入院されたことはありますか?	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃)	病名 :	病院名 :
				いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃)	病名 :	病院名 :

↳ 裏面もあります。

⑥	喘息にかかったことはありますか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 最終発作 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃)
⑦	内服薬や注射の副作用(アレルギー等)を起こしたことがありますか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 薬品名 : 症状 : いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 薬品名 : 症状 :
⑧	薬品以外で右記のアレルギーを起こしたことはありますか？	はい・いいえ	アルコール綿・金属・ゴム 食べ物(ピーナッツ・大豆・卵・その他) その他の場合() いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑨	心臓病・不整脈と言われたことはありますか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 治療中(薬品名;)・現在治療なし
⑩	てんかんの発作がでたことがありますか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) (薬品名;)
⑪	バセドウ病(甲状腺機能亢進症)と言われたことがありますか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 治療中(薬品名;)・現在治療なし
⑫	橋本病(甲状腺機能低下症)と言われたことがありますか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 治療中(薬品名;)・現在治療なし
⑬	歯科などの局所麻酔でトラブルが起きたことがありましたか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑭	手術時に麻酔のトラブルが起こったことがありましたか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑮	副腎皮質ホルモン剤(ステロイド)を長期に使用したことがありますか？	はい・いいえ	いつ頃 : 西暦 / S・H 年頃 (歳頃) 症状 :
⑯	血が止まりにくかったこと、止まりにくいと言われたことはありますか？	はい・いいえ	
⑰	今まで右記のような症状が起こったことがありますか？	はい・いいえ	過緊張・過呼吸・パニック・その他の自律神経系の症状 その他()
⑱	現在常用しているお薬やサプリメントはありますか？	はい・いいえ	(薬品名)
⑲	喫煙していますか？ 同居のご家族で喫煙されている方はいますか？	はい・いいえ はい・いいえ	本数:約 本/1日 期間(年間) ご主人・両親・その他()
⑳	ご主人の健康状態はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 病気治療中		癌・糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・甲状腺疾患 ・肝臓病(B型肝炎・C型肝炎)・精神疾患 ・その他() (薬品名:)
㉑	身内の方で右記の病気になられた方はいますか？ 該当される方をご記入ください。		癌() 糖尿病() 高血圧() 脳梗塞()
VI	通院時間について		車・電車・徒歩・その他 約 時間 分
VII	お仕事について		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(常勤・パート:職種)
VIII	受診のきっかけについて		<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 友人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他()

↳ <<別紙>>もあります。

《 別紙 》

フリガナ		フリガナ	
氏名(妻)		氏名(夫)	
不妊検査・治療について (差し支えなければ、治療された病院がありましたらお書き下さい。)			
妊娠を希望されてからどのくらいの期間が経過していますか？		年	ヶ月
または、治療を始めてからどのくらいの期間が経過していますか？		年	ヶ月
(病院名)			
今までに受けたことのある検査・治療にチェック☑をお願い致します。			
<input type="checkbox"/>	ホルモン検査	異常なし・異常あり	(検査日 年 月 /病院名)
<input type="checkbox"/>	卵管造影検査	異常なし・異常あり	(検査日 年 月 /病院名)
<input type="checkbox"/>	抗精子抗体検査	異常なし・異常あり	(検査日 年 月 /病院名)
<input type="checkbox"/>	クラミジア検査	異常なし・異常あり	(検査日 年 月 /病院名)
<input type="checkbox"/>	精液検査	異常なし・異常あり	(検査日 年 月 /病院名)
<input type="checkbox"/>	腹腔鏡下手術	(検査日 年 月 /病院名)	
<input type="checkbox"/>	タイミング	回	(病院名:)
<input type="checkbox"/>	人工授精	回	(病院名:)
<input type="checkbox"/>	体外受精*	回	(病院名:)
<input type="checkbox"/>	顕微授精*	回	(病院名:)

* 体外受精・顕微授精にチェック☑をつけられた方へ

過去の治療について、お分かりになる範囲で結構ですのご記入ください。

採卵回数	排卵誘発法	採れた卵子数	受精方法	受精した卵数	移植胚数	移植方法	凍結胚数	妊娠の有無
① 西暦 年 月 (S・H 年 月)	ショート法、ロング法 アンタゴニスト法、クロミッド、 自然、その他()		体外受精 顕微授精			初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植		
② 西暦 年 月 (S・H 年 月)	ショート法、ロング法 アンタゴニスト法、クロミッド、 自然、その他()		体外受精 顕微授精			初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植		
③ 西暦 年 月 (S・H 年 月)	ショート法、ロング法 アンタゴニスト法、クロミッド、 自然、その他()		体外受精 顕微授精			初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植		
④ 西暦 年 月 (S・H 年 月)	ショート法、ロング法 アンタゴニスト法、クロミッド、 自然、その他()		体外受精 顕微授精			初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植		
⑤ 西暦 年 月 (S・H 年 月)	ショート法、ロング法 アンタゴニスト法、クロミッド、 自然、その他()		体外受精 顕微授精			初期胚移植 胚盤胞移植 二段階胚移植		

凍結胚移植回数	移植胚数	妊娠の有無
① 西暦 年 月 (S・H 年 月)		
② 西暦 年 月 (S・H 年 月)		
③ 西暦 年 月 (S・H 年 月)		
④ 西暦 年 月 (S・H 年 月)		
⑤ 西暦 年 月 (S・H 年 月)		

☆ 不妊治療についてご質問等があればご記入ください。

[]

ご記入ありがとうございました。受付にお出しください。