

# 問 診 票

受付日 平成 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
氏名		夫(パートナー) 氏名	
生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)	生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)
職業		職業	
住所	〒		
連絡先	・ご本人携帯 — — ・ご自宅 — — (その他 ) ・夫(パートナー)携帯 — —		

・最終月経 ____月 ____日から ____日間 ・初潮 ____歳 ・性交渉経験(無・有) ・月経に伴う症状 無・有(下腹部痛・腰痛・頭痛)(その他 )※痛み止めの使用(無・有) ・身長 ____cm ・体重 ____Kg ・喫煙歴 無・有(1日 本)／現在は吸っていない( 年頃迄)	・月経周期 順調( 日周期) 不順( 日から 日)
--	------------------------------

◎結婚 ( 年 月 日)

※ 離婚・再婚・未入籍・結婚予定等、あればご記入下さい。

[ ]

◎妊娠・出産歴

No.	年 月 日	転 帰	週数	男女	体重	備 考	No.	年 月 日	転 帰	週数	男女	体重	備 考
1	/ /	膣・帝・流・死・中					5	/ /	膣・帝・流・死・中				
2	/ /	膣・帝・流・死・中					6	/ /	膣・帝・流・死・中				
3	/ /	膣・帝・流・死・中					7	/ /	膣・帝・流・死・中				
4	/ /	膣・帝・流・死・中					8	/ /	膣・帝・流・死・中				

※ 膣：経膣分娩，帝：帝王切開，流：流産，死：死産，中：妊娠中絶。

※ 男女，体重は分娩の場合のみご記入下さい。

◎ご本人の既往歴についてお尋ねします。

・今まで経験された病気や現在お持ちの病気はありますか？

無 ・ 有 (子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・卵巣のう腫・糖尿病・高血圧・甲状腺腫・  
 クラミジア感染・心臓病・肝臓病・腎臓病・肝臓病・精神疾患・喘息-最終発作[ 頃]  
 (その他 ) )

・ご家族に以下の病気を経験された方はいらっしゃいますか？

無 ・ 有 ( 糖尿病・高血圧・がん・脳卒中・甲状腺・喘息・子宮筋腫・子宮内膜症)

・アレルギーはありますか？ 無 ・ 有 ( )

・副作用のする内服薬や注射はありますか？ 無 ・ 有 ( )

・手術の経験はありますか？ 無 ・ 有 (病名 / 歳の時)

・現在内服のお薬はありますか？ 無 ・ 有 ( )

・子宮頸がん検診を受けたことがありますか？ 無 ・ 有 ( 年 月 )

・過去に風疹にかかったり検査をしたことがありますか？ 無 ・ 有

検査結果をお持ちですか？ 無 ・ 有

◎ご主人(パートナー)についてお尋ねします。

- ・喫煙歴 無・有(1日 本)／現在は吸っていない( 年頃迄)
- ・病歴 無・有(病名 )
- ・勤務時間 ( ほぼ定時・不規則 )

◎今までの経過についてお尋ねします

- ・妊娠を希望されてからどれくらいの期間になりますか( 年間)
- ・避妊期間はありましたか 無・有( 年 ヶ月)
- ・性交渉は月に何回くらいありますか( 回/月)
- ・ご主人(パートナー)は不妊治療に協力的ですか?  
( はい いいえ 内密にしている わからない )□

[ ]

◎過去の治療歴についてお尋ねします

- ・今までに 不妊治療を受けたことがありますか? いいえ・はい  
差し支えなければ病院名をご記入下さい ( )

(はい とお答えになった方はわかる範囲でご記入下さい)

- ・卵管造影・通水検査を受けたことがありますか?

いいえ・はい( 年 月頃)

子宮: 異常なし・あり

卵管: (右) 正常・閉塞・狭窄・癒着

(左) 正常・閉塞・狭窄・癒着

- ・精液検査を受けたことがありますか? いいえ・はい( 年 月頃)

結果 良好・やや不良・不良 その他( )

- ・子宮鏡検査を受けたことがありますか? いいえ・はい( 年 月頃)

結果 異常なし・あり( )

- ・その他(血液検査等)

[ ]

- ・今まで受けた治療に○をつけて下さい。

タイミング療法 , 人工授精 , 体外受精 , 顕微授精 ,

その他( )

※排卵誘発剤の使用 有・無

◎当院をなにでお知りになりましたか?(複数回答可)

なりもとレディースホスピタルにかかっていた

インターネット 知人の紹介( )

ばどを見て

他院より紹介( ) その他( ) 家が近い

-----  
《スタッフ記入欄》