

# 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	〒 ご自宅への郵送時クリニック封筒 ( 可 ・ 不可 )		
連絡先	・ご本人携帯 — —		
	・ご自宅 — —		・ご自宅 クリニックからの連絡( 可 ・ 不可 )
	・夫(パートナー)携帯 — —		・夫(パートナー) クリニックからの連絡( 可 ・ 不可 )

・最終月経 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_日間 ・月経周期( )日周期 又は( )日～( )日  
 ・初経 \_\_\_\_歳 ・月経痛の有無 無 ・ 有 ( 弱い ・ やや強い ・ 強い ) 痛み止めの使用 ( 無 ・ 有 )  
 ・月経の量 ( 多い ・ ふつう ・ 少ない ) ・排卵期のおりものの変化 ( 有 ・ 無 ・ わからない )  
 ・身長 \_\_\_\_cm ・体重 \_\_\_\_Kg ・喫煙歴 無 ・ 有 ( 1日 本 ) / 現在は吸っていない( 年前迄)  
 ・婦人体温表 つけている ・ つけていない ・BMI ( )※ご記入は不要です

◎結婚 (H 年 月 日)※未入籍・結婚予定等、あればご記入下さい。 [ ]  
 ・避妊期間はありましたか 無 ・ 有 ( 年 ヶ月)

## ◎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	/ /	産・帝・流・死・中					3	/ /	産・帝・流・死・中				
2	/ /	産・帝・流・死・中					4	/ /	産・帝・流・死・中				

※ 産：経産分娩， 帝：帝王切開， 流：流産， 死：死産， 中：妊娠中絶。

## ◎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 ヶ月)
- ・性交渉は月に何回くらいありますか( 回/月) ・性交痛 ( 無 ・ 有 )
- ・性交渉の際、問題はありますか ( 無 ・ 有 )

## ◎ご主人(パートナー)についてお尋ねします。

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

◎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 無 ・ 有

差し支えなければ病院名をご記入下さい ( )

〈有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 無 ・ 有 ( 年 月頃)

※子宮:異常 無 ・ 有

※卵管:(右) 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ※卵管:(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( )

・以下の治療をお受けになった事がありますか。あればそれぞれについてご記入下さい。

人工授精: 無 ・ 有 ( ) 回 (H 年頃 ~ 年頃)

体外受精: 無 ・ 有 ( ) 回 (H 年頃 ~ 年頃)

顕微授精: 無 ・ 有 ( ) 回 (H 年頃 ~ 年頃)

・当院での治療は何を希望されていますか

( タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 検査をしながら考えたい )

・状況に応じてステップアップは考えていますか ( はい ・ いいえ ・ 今はわからない )

・治療に関するご希望があれば記入してください 例)保険診療内での治療希望など

◎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 ( )

・副作用ので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

◎夜間、休日の緊急時対応として、同一法人である「なりもとレディースホスピタル」とのカルテの情報共有について

ご了承いただけますか( 承諾 ・ 不要 )

◎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( )

他院より紹介( ) その他( ) 家が近いため ばどを見て