

＊問診票＊

記入日：令和.....年.....月.....日

ふりがな

氏名：.....(.....)歳 職業：.....

身長：.....cm 体重：現在.....kg 結婚前.....kg

＊月経について

- ◇初潮：(.....)歳 最終月経開始日；.....年.....月.....日
◇周期：順調(.....)日周期・不順(.....)日周期・無月経
◇月経量：多い・普通・少ない
◇月経痛：強い・普通・弱い・無
◇月経痛の時、痛み止めを使いますか？ はい・いいえ

＊婚姻について

- ◇結婚：西暦.....年.....月.....日(.....)歳
◇離婚歴：なし・あり
◇避妊期間：なし・あり(.....年.....月～.....年.....月)
◇不妊期間：.....年.....ヶ月

＊妊娠について

- ◇妊娠されたことはありますか？ はい・いいえ
◇出産されたことはありますか？ はい・いいえ
出産日：.....年.....月.....日(不妊治療・自然.....週 男・女.....g)
.....年.....月.....日(不妊治療・自然.....週 男・女.....g)
◇お子様に異常はありませんか？ はい(.....)・いいえ
◇流産されたことはありますか？ はい(.....)回 (.....)歳 ・いいえ
◇中絶されたことはありますか？ はい(.....)回 (.....)歳 ・いいえ

＊病歴、既往手術や体質について

- ◇病気や手術をしたことはありますか？ はい(病名：.....)・いいえ
◇現在服用中の薬はありますか？ はい(薬剤名：.....)・いいえ
◇喘息にかかったことはありますか？ はい・いいえ
◇今まで薬や注射で副作用(アレルギー)を起こしたことはありますか？
はい(薬剤名：.....)・いいえ
◇ご家族の中に特別な病気の方がいますか？
いない・いる(遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他.....)
◇輸血を受けたことがありますか？ はい・いいえ
◇クラミジアに感染したことはありますか？ はい(.....)歳・いいえ
◇たばこは吸いますか？ はい(.....本/日)・いいえ

＊本日の受診について

- ◇どのような理由で来院されましたか？
・検査希望
・治療希望 (タイミング療法・人工授精・体外受精・顕微授精)
・その他 (.....)
◇過去に受けたことのある不妊検査・治療に○印をつけてください。
検査：ホルモン検査・卵管検査・フーナーテスト・子宮鏡検査
精液検査・その他(.....)
治療：タイミング療法・人工授精・体外受精・顕微授精
排卵誘発剤の薬を服用したことがありますか？ はい・いいえ
排卵誘発剤の注射をしたことがありますか？ はい・いいえ
◇どちらの病院で治療されましたか？

病院名；.....(.....年.....月～.....年.....月)

病院名；.....(.....年.....月～.....年.....月)

- ◇1年以内に子宮頸がん検診を受けられましたか？ はい(.....年.....月)・いいえ
◇今までに風疹抗体検査を受けたことがありますか？ はい・いいえ

＊ご主人について

氏名：.....(.....)歳 職業：.....

携帯：

- ◇たばこは吸いますか？ はい(.....本/日)・いいえ
◇今までにかかった病気はありますか？ はい(病名：.....)・いいえ

＊当クリニックをどうやって知りましたか？

[.....]

＊その他

- ◇何かお尋ねしたいことがございましたら、ご自由にお書き下さい。

[.....]

