＊問診票＊

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

：　　　　　　　　　　　(　　　)歳　　ご職業：

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年以内に子宮頚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**

：　　　　　　　　　　　(　　　)歳　　ご職業：

　携帯：

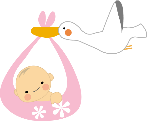
◇たばこは吸いますか？　はい(　　　本／日)・いいえ

◇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。



医療法人愛育会　レディースクリニックあいいく