

不妊外来問診票

年 月 日

あてはまるところを記入または○で囲んでください

ID
ご主人 ID

	氏名	生年月日・年齢	職業	身長・体重
ふりがな		年 月 日		
あなた		歳		cm kg
ふりがな		年 月 日		
ご主人		歳		cm kg

※当クリニックから連絡させていただくことがありますので、連絡の可否についてお聞きします
自宅:(可・否) 携帯電話:(可・否)
勤務先:(可・否) 勤務先TEL:()
当クリニック名を告げてもよろしいでしょうか:(可・否), 否のと(希望:(スタッフ個人名で等))

結婚年月日はいつですか 年 月 日

子供を欲しいと思ってから何年何ヶ月たっていますか 年 ヶ月

性生活は月に何回くらいありますか 約 回

現在の結婚は初婚ですか再婚ですか [あなた:初婚・再婚] 再婚の場合 [あなた:有・無] 子供の(歳)
[ご主人:初婚・再婚] 以前の子供 [ご主人:有・無] 年齢(歳)

今まで産婦人科を受診した事がありますか はい いいえ
“はい”の方はその理由 ()

今まで開腹手術を受けたことがありますか はい いいえ
“はい”の方はその理由 ()

今までかかったことのある病気についてお答えください(あてはまるものを○で囲む)

①心疾患 ②腎疾患 ③肝疾患 ④糖尿病 ⑤甲状腺疾患 ⑥自己免疫疾患 ⑦喘息

⑧神経疾患 ⑨耳下腺炎 ⑩風疹 ⑪虫垂炎 ⑫性病 ⑬その他()

現在、常用している薬はありますか はい いいえ
“はい”の方はどのような薬ですか。分かれば名前もお書き下さい。
()

薬物アレルギーはありますか はい いいえ
“はい”の方はどのような薬ですか。分かれば名前もお書き下さい。
()

その他のアレルギーはありますか はい いいえ
“はい”の方はどのようなアレルギーですか。()

家族歴について

家族や親戚のなかで今まで病気にかかった人はいますか
“はい”の方は誰がどのような病気にかかりましたか 誰が: ()

①心疾患 ②腎疾患 ③肝疾患 ④糖尿病 ⑤甲状腺疾患 ⑥自己免疫疾患 ⑦喘息

⑧神経疾患 ⑨その他()

家族や親戚のなかで遺伝的疾患や奇形をもった人がいますか

“はい”の方はどのような種類の疾患になっていますか

誰が:

種類:

初めて月経があったのは何歳のときですか

歳のとき

月経周期は何日型ですか

短い時は 日型で、長い時は 日型

月経持続日数は何日間ですか

短い時は 日間で、長い時は 日間

月経の量はどれくらいですか

①多量 ②中等量 ③少量

月経直前または月経中になにか症状は、あてはまりところを記入または○で囲んでください

- ①下腹部痛 ②腰痛 ③頭痛 ④胸がはる ⑤寝込むことがある ⑥年々きつくなっている
⑦薬を服用する ⑧ほとんどない ⑨その他()

一番最近の月経が始まったのはいつですか

年 月 日から 日間

最近受けた子宮がん検診はいつですか？

昭・平 年 月 頃

妊娠したことがありますか

はい いいえ

妊娠したことがある方は以下の表にご記入ください

分産	分産した週数	性別	体重	異常の有無	その他	週数
平成 年 月 経腔・帝王切開	週	男・女	g		自然流産・人工中絶	週
平成 年 月 経腔・帝王切開	週	男・女	g		自然流産・人工中絶	週
平成 年 月 経腔・帝王切開	週	男・女	g		自然流産・人工中絶	週
平成 年 月 経腔・帝王切開	週	男・女	g		自然流産・人工中絶	週

今までに不妊検査を受けたことがあれば記入または○で囲んでください

- ①採血 ②性交後試験 ③子宮卵管造影 ④子宮鏡 ⑤精液検査

今までに不妊治療をされていた方は記入してください

- ①タイミング療法 _____クール ②排卵誘発 _____クール ③人工授精 _____クール
④体外受精 _____回 ⑤顕微授精 _____回 ⑥凍結胚移植 _____回

病院名 ()