

# 問診表

記入日（西暦 年 月 日）

ご本人様

※診察をスムーズに行うために問診表のご記入にご協力ください

フリガナ 氏名:	生年月日		身長	cm
	昭和・平成	年 月 日	体重	kg
	( 歳)		職業	
住所:	県	市(郡)	町	
電話番号:	-	-	緊急連絡先:	- -

ご主人様(パートナー)

フリガナ 氏名:	生年月日		身長	cm
	昭和・平成	年 月 日	体重	kg
	( 歳)		職業	
住所:	県	市(郡)	町	
電話番号:	-	-	緊急連絡先:	- -

◎最終月経： 月 日より 日間

月経は・・・ほぼ順調（ 日型）・不順（ 日～ 日）・無月経  
月経痛は・・・強い・普通・弱い 鎮痛剤の使用は？⇒ あり（ ）・なし  
月経量は・・・多量・中等量・少量  
その他月経時の症状（ ）

	妻	夫(パートナー)
結婚歴	<input type="checkbox"/> 初婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 再婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 現在独身 <input type="checkbox"/> 現在婚約中	<input type="checkbox"/> 初婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 再婚（結婚年齢 歳） <input type="checkbox"/> 現在独身 <input type="checkbox"/> 現在婚約中
妊娠歴	① 歳時（中絶・流産・出産： 不妊治療（あり・なし）（経膈分娩・帝王切開） ② 歳時（中絶・流産・出産： 不妊治療（あり・なし）（経膈分娩・帝王切開） ③ 歳時（中絶・流産・出産： 不妊治療（あり・なし）（経膈分娩・帝王切開）	再婚の方へ お子様はいらっしゃいましたか？ いない・いる（ 人）
病気既往歴	なし・あり 高血圧・糖尿病 その他（ ）	なし・あり（ ）
婦人科疾患	なし・あり 筋腫・内膜症 他（ ）	
手術	なし・あり（ ）	なし・あり（ ）
アレルギー	なし・あり 食品（ ）薬剤（ ）	なし・あり 食品（ ）薬剤（ ）
服用中の薬	なし・あり（ ）	なし・あり（ ）
性感染症	検査未・なし・あり（ ）	なし・あり（ ）
嗜好品	アルコール：飲む（強い・弱い）・飲まない たばこ：吸う（ 本/日） / 吸わない	アルコール：飲む（強い・弱い）・飲まない たばこ：吸う（ 本/日） / 吸わない
血縁者の病気既往歴	糖尿病（ ）・高血圧（ ）・膠原病（ ） 肝炎（ ）・癌（ ） その他（ ）	糖尿病（ ）・高血圧（ ）・膠原病（ ） 肝炎（ ）・癌（ ） その他（ ）
職場環境	危険物等（化学物質・放射線など）に触れることがありますか？ ある・ない	
性交回数	週 回 / 月 回	

(1)赤ちゃんが欲しいと思ってどのくらいですか？

年 月 (避妊期間 年 月 ~ 年 月)

(2) 治療歴はありますか (あり・なし) ※ありの方は下記の項目にご記入ください

①治療期間( 年 月 ~ 年 月 ) 施設名 ( )

治療内容: タイミング ( 回 ) ・人工授精 ( 回 ) ・体外受精 ( 回 ) ・顕微授精 ( 回 )

相談のみ・検査のみ

検査内容 : ホルモン検査 ・ 子宮卵管造影 ・ 性感染症 ・ 精液検査

その他( )

指摘された内容があればご記入ください。

( )

②治療期間( 年 月 ~ 年 月 ) 施設名 ( )

治療内容: タイミング ( 回 ) ・人工授精 ( 回 ) ・体外受精 ( 回 ) ・顕微授精 ( 回 )

相談のみ・検査のみ

検査内容 : ホルモン検査 ・ 子宮卵管造影 ・ 性感染症 ・ 精液検査

その他( )

指摘された内容があればご記入ください。

( )

(3)今までに不育症の検査や治療を受けたことがありますか (あり・なし)

※ある方はわかる範囲で内容をご記入ください。

( )

(4)婦人科検診 (子宮頸がん・体がん) をされた事がありますか？

ある ⇒ 最終検診日 : 年 月頃 (結果: 異常なし・要検査・治療) ・ ない

次の項目で気になるところにチェックしてください。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 不妊についてよくわからない             | <input type="checkbox"/> タイミングがよくわからない   |
| <input type="checkbox"/> 基礎体温をつけている                | <input type="checkbox"/> 個人的にタイミングをとっている |
| <input type="checkbox"/> 検査してほしい(女性のみ・男性のみ・男性女性両方) |  |
| <input type="checkbox"/> 原因に合った治療をしてほしい            | <input type="checkbox"/> まずはタイミングから始めたい  |
| <input type="checkbox"/> 早めのステップアップを希望する           | <input type="checkbox"/> 年齢のことが気になる      |
| <input type="checkbox"/> 人工授精を希望している               | <input type="checkbox"/> 体外受精を希望している     |
| <input type="checkbox"/> 焦りを感じている                  |  |

その他、気になっていることがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。



ゆげレディスクリニック