

問診表

記入日(西暦 年 月 日)

ご本人様 (当院記入欄ID:) ※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： (旧姓:)	生年月日 S · H 年 月 日 (歳)	職業	身長 cm
			体重 kg
			血液型 型 Rh()
住所：〒 - 県 市(郡) 町			
電話番号： - - 緊急連絡先： - -			

ご主人様(パートナー) (当院記入欄ID:)

フリガナ 氏名： (旧姓:)	生年月日 S · H 年 月 日 (歳)	職業	身長 cm
			体重 kg
			血液型 型 Rh()
住所：〒 - 県 市(郡) 町			
電話番号： - - 緊急連絡先： - -			

◎最終月経：西暦 年 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: g)(男・女) 不妊治療(なし・あり)(経膈分娩・帝王切開) ② 歳時(中絶・流産・出産: g)(男・女) 不妊治療(なし・あり)(経膈分娩・帝王切開) ③ 歳時(中絶・流産・出産: g)(男・女) 不妊治療(なし・あり)(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()	なし・あり()
婦人科疾患	なし・あり()	
手術	なし・あり()	なし・あり()
アレルギー	なし・食品()薬剤()その他()	なし・食品()薬剤()その他()
服用中の薬	なし・あり()	なし・あり()
性感染症	検査未・なし・あり()	検査未・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? なし ・ あり	
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 (なし ・ あり) ※ 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うけたことがありますか (なし ・ あり)

※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？

なし・あり ⇒ 最終検診日： 年 月頃 (結果： 異常なし 要検査・治療)

(5)婦人科の病気を指摘された事がありますか？

なし・あり ⇒ 子宮筋腫・子宮内膜症・その他()

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"/> 検査をしてほしい(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

YUGE LADIES CLINIC