

# 問診表

マイナ保険証による診療情報取得を行うことに同意します (はい・いいえ)

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:	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	

ゆげレディスクリニックはマイナ保険証にて診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

★医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 :6点 加算2 :2点(マイナ保険証を利用した場合)

(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