

# 問診表

記入日 西暦 年 月 日

|      |               |        |               |
|------|---------------|--------|---------------|
| フリガナ |               | フリガナ   |               |
| 氏名   |               | ご主人の氏名 |               |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 ( 歳) | 生年月日   | 西暦 年 月 日 ( 歳) |
| 職業   |               | 職業     |               |
| 住所   | (〒 - )        | 住所     | (〒 - )        |
| 携帯電話 |               | 携帯電話   |               |
| 健康状態 | 身長 cm 体重 kg   | 健康状態   |               |

※クリニックから連絡をする際、当院名を告げても宜しいですか？ ( はい ・ いいえ )

当てはまるところに○をつけてください。

- ご結婚はいつですか？ ( 西暦 年 月 日 歳)  
離婚・再婚をされていたらお答えください。離婚 (西暦 年 月 日)
- 妊娠にトライし始めてからの期間 ( 年 カ月)  
夫婦生活について※答えたくない場合は記入不要 頻度( 回/月) 性交痛や性交障害がく ある ・ ない )
- 月経についてお答えください。
  - 月経が始まった年齢はいつですか？ ( 歳)
  - 普段の月経は順調ですか？く はい ( 日周期) ・ いいえ (早いと 日周期位、遅いと 日周期位)
  - 月経は何日間くらいありますか？ ( ) 日間位
  - 月経時、体の具合が悪い時、薬を飲みますか？く はい ( ) ・ いいえ )
  - 一番最近の月経はいつでしたか？ 月 日から ( ) 日間
- 今までに他の病院で検査を受けたことがありますか？検査結果、検査した年(西暦)を分かる範囲でご記入ください。  
子宮卵管造影 ( 年 正常・異常・不明 ) 超音波検査 ( 年 正常・異常・不明 )  
フーナーテスト ( 年 正常・異常・不明 ) 精液検査 ( 年 正常・異常・不明 )  
子宮鏡検査 ( 年 正常・異常・不明 ) その他 \_\_\_\_\_ ( 年 )
- 今までに妊娠するための治療を受けたことがありますか？  
タイミング指導 ( 周期) 排卵誘発 (内服: 周期 / 注射: 周期) 人工授精 ( 周期)  
体外受精/顕微授精 ( 周期)  
※分かる範囲で結構です下記に詳細をご記入ください。

| 採卵 |            | 体外受精/顕微授精新  | 刺激方法                   | 採卵個数 | 凍結個数     | 特記事項 |
|----|------------|-------------|------------------------|------|----------|------|
| 移植 |            | 新鮮胚移植/融解胚移植 | 移植方法<br>(自然 OR ホルモン補充) | 移植個数 | 結果(妊娠判定) | 特記事項 |
| 例  | H28 /10/12 | 顕微授精        | アンタゴニスト法               | ※個   | ※個       |      |
|    | H29/ 1/ 5  | 融解胚移植       | ホルモン補充周期               | ※個   | 妊娠判定(※)  |      |
| 1  | H / /      |             |                        |      |          |      |
| 2  | H / /      |             |                        |      |          |      |
| 3  | H / /      |             |                        |      |          |      |
| 4  | H / /      |             |                        |      |          |      |
| 5  | H / /      |             |                        |      |          |      |

- 当院で希望する治療は何ですか？ (複数○印可)  
一般不妊治療・検査 人工授精 体外受精(顕微授精) 不妊カウンセリング その他( )

※裏面もご記入ください※

7. あなたの妊娠、分娩についてお答えください。

今までに妊娠したことがありますか？（流産・人工中絶も含め） 〈 はい ・ いいえ 〉  
 →はいと答えた方は、年齢の記入、当てはまるところに○印をお願いします。

| 年齢 | 妊娠の経過 |    |       |      |      | お産 |     |      | 産後 |    | お子さん |   |          |     |
|----|-------|----|-------|------|------|----|-----|------|----|----|------|---|----------|-----|
|    | 正常    | 流産 | 子宮外妊娠 | 胎状奇胎 | 人工中絶 | 正常 | かんし | 帝王切開 | 正常 | 異常 | 男    | 女 | 出生時体重/週数 |     |
| 歳  |       |    |       |      |      |    |     |      |    |    |      |   | g /      | 週 日 |
| 歳  |       |    |       |      |      |    |     |      |    |    |      |   | g /      | 週 日 |
| 歳  |       |    |       |      |      |    |     |      |    |    |      |   | g /      | 週 日 |

8. 今までにかかった病気や、受けた手術についてお答えください。

①婦人科系の病気(子宮筋腫・卵巣のう腫など)を言われたことがありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉  
 →はいと答えた方は、年齢、治療時期の記入、当てはまるところに○印をお願いします。

| 年齢 | 病名 | 治療経過 |        |      |        |        |     | 治療時期                         |
|----|----|------|--------|------|--------|--------|-----|------------------------------|
|    |    | 経過観察 | ホルモン治療 | 開腹手術 | 腹腔鏡下手術 | 子宮鏡下手術 | その他 |                              |
| 歳  |    |      |        |      |        |        |     | 経過観察以外の場合は、各治療の治療時期を記入して下さい。 |
| 歳  |    |      |        |      |        |        |     |                              |

- ②今までに（現在も含む）、通院を必要とする病気にかかったことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉  
 →はいと答えた方 年齢（ 歳） 病名（ ）
- ③今までに手術を必要とする病気にかかったことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉  
 →はいと答えた方 年齢（ 歳） 病名（ ）
- ④感染症にかかったことはありますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉  
 →はいと答えた方：それはどのような感染症ですか？  
 年齢（ 歳） 〈 B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV・クラミジア・その他（ ）〉
- ⑤風疹にかかったことがありますか？ 〈 はい（ 歳）・ いいえ ・ 不明 〉  
 風疹の抗体価を調べたことがありますか？ 〈 はい（ 歳：抗体価 倍・不明）・ いいえ ・ 不明 〉  
 風疹ワクチンを接種したことがありますか？ 〈 はい（ 歳）・ いいえ ・ 不明 〉

9. 現在飲んでいる薬はありますか？ 〈 はい 薬品名（ ） ・ いいえ 〉

10. 喘息はお持ちですか？ 〈 はい（最終発作 年 月） ・ いいえ 〉

11. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ ※薬の副作用も含む 〈 はい ・ いいえ 〉  
 → はいと答えた方：それは何によるものでしたか？  
 （ ）

12. ご夫婦の嗜好品についてお答え下さい。

ご本人 たばこ：吸わない 吸う（ 本/日） 吸っていた（ 歳頃～ 歳頃まで）  
 アルコール：飲まない 時々飲む（ 回/週） ほぼ毎日飲む（ ml/日）  
 ご主人 たばこ：吸わない 吸う（ 本/日） 吸っていた（ 歳頃～ 歳頃まで）  
 アルコール：飲まない 時々飲む（ 回/週） ほぼ毎日飲む（ ml/日）

13. 他院からの紹介状をお持ちですか？ 〈 はい・いいえ 〉※紹介状/検査結果をご持参の方は、受付に提出をお願いします。

14. こちらのクリニックを何でお知りになりましたか？ （ ）

15. 気になる事、心配な事、医療スタッフへの要望など、ご自由にご記入ください。