問診票

記入日　西暦　　年　　月　　日

フリガナ		フリガナ	
氏名		夫氏名	
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	

より適切な診療のため、必要事項のご記入および該当項目へのチェックをお願いいたします。

受付時にマイナンバーカードを保険証として利用することによる診療情報取得に同意されましたか？ □はい　□いいえ
他院からの紹介状はお持ちですか？ □はい※お持ちの場合は受付へご提出ください　□いいえ

1. ご結婚されたお日にちについて
西暦　　年　　月　　日　　歳（ 法律婚 ・ 事実婚 ）
再婚の場合（離婚　　年　　月　　日）

2. 夫婦生活について
妊活期間　　（　　年　　ヶ月　頻度　　回／月 ）
性交痛や性交障害 □あり　□なし

3. 月経について
初潮年齢　　（　　歳）
月経周期　　□順調(　　日周期 ）　□不順(早いと　　日周期、 遅いと　　日周期 ）
月経期間　　（　　)日間
最終月経　　（　　月　　日から　　日間）
月経中の内服薬薬　□なし　□あり(薬剤名　　）

4. 他院での検査歴について
子宮卵管造影　（　　年 □正常 □異常 □不明 ）ホルモン検査　（　　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 □正常 □異常 □不明 ）

5. 他院での治療歴について
□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-移植（　　周期）
※体外受精/顕微授精-移植の治療歴がありましたら、おわかりになる範囲でご記入ください。

採卵		体外受精/顕微授精	刺激方法	採卵個数	凍結個数（初期胚 胚盤胞）	特記事項
移植		新鮮胚移植/融解胚移植	移植方法（自然orホルモン補充）	移植個数	妊娠判定結果	特記事項
例	H31.4.12	顕微授精	アンタゴニスト法	○個	胚盤胞○個	
	R1.6.5	融解胚移植	ホルモン補充周期	○個	陽性/陰性	
1						
2						
3						
4						

6. 当院で希望されている治療をお選びください。※複数選択可
□タイミング　□人工授精　□体外受精/顕微授精　□その他（　　）

7. 妊娠歴・分娩歴（※流産・人工中絶も含みます）がありましたら、下記にご記入ください。

年齢	妊娠経過					お産			産後		お子さま		
	正常	流産	子宮外妊娠	胞状奇胎	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. 病歴や手術歴について

① 婦人科系の病気（子宮筋腫・卵巣のう腫など）にかかったことがありましたら、下記にご記入ください。

年齢	病名	治療内容						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	※経過観察は記入不要
歳								西暦 年 月
歳								西暦 年 月

② 現在または過去に、通院が必要な病気にかかったことはありますか？
□いいえ □はい（ 歳） 病名（ ）

③ 現在または過去に、手術が必要な病気にかかったことはありますか？
□いいえ □はい（ 歳） 病名（ ）

④ 感染症にかかったことはありますか？
□いいえ □はい（ 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はありますか？ □不明 □いいえ □はい（ 歳）

⑥ 風疹の抗体価を調べたことはありますか？ □不明 □いいえ □はい（ 歳 抗体価 倍）
→はいと答えた方は、「杉並区助成事業」で調べましたか？ □不明 □いいえ □はい

⑦ 風疹ワクチン（混合含む）を2回以上接種したことはありますか？ □不明 □いいえ □はい

⑧ 麻疹にかかったことはありますか？ □不明 □いいえ □はい （ 歳）

⑨ 麻疹の抗体価を調べたことはありますか？ □不明 □いいえ □はい（ 歳 抗体価 倍）
→はいと答えた方は、「杉並区助成事業」で調べましたか？ □不明 □いいえ □はい

⑩ 麻疹ワクチン（混合含む）を2回以上接種したことはありますか？ □不明 □いいえ □はい

9. 現在、お薬（サプリメント含む）を服用されていますか？ □いいえ □はい（薬剤名 ）

10. 喘息はお持ちですか？ □いいえ □はい（最終発作 年 月）

11. お薬や食べ物にアレルギーはありますか？※お薬の副作用も含む □いいえ □はい（ ）

12. ご夫婦の嗜好品について

ご本人 たばこ □吸わない □吸う（ 本/日） □吸っていた（ 歳頃から 歳頃まで）
お酒 □飲まない □時々飲む（ ml 回/ 週 ・ 月 ） □毎日飲む（ ml）

ご主人 たばこ □吸わない □吸う（ 本/日） □吸っていた（ 歳頃から 歳頃まで）
お酒 □飲まない □時々飲む（ ml 回/ 週 ・ 月 ） □毎日飲む（ ml）

13. 当院お知りになったきっかけをお聞かせください。

□ネット検索 □インスタグラム □荻窪病院から紹介 □他院から紹介 □家族・知人から紹介 □プレコンゼミ
□妊孕性温存実施施設一覧 □雑誌 □その他（ ）

15. 気になる事、心配な事、医療スタッフへの要望など、ご自由にお書きください。

（ ）