

記入日 年 月 日

## 問 診 票

フリガナ		生年 月日	年 月 日	職業	
氏名 様			( )才		
自宅 住所	〒			未婚・結婚予定 既婚 ( )才(初・再)	
電話 番号	自宅	本人携帯		夫携帯	

当院は診療情報を取得・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いたします。

※マイナ保険証利用の方は、マイナ保険証によるこれまでの治療経過などの診療情報の提供に同意いただけますでしょうか？ はい いいえ

【1】本日はどのようなことで来院されましたか？

- ① 一般不妊検査希望 ② タイミング指導希望 ③ 人工授精希望 ④ 体外受精希望  
 ⑤ 不育症検査希望  
 ⑥ 月経の異常（月経痛・月経の量が多い・月経不順）⑦ 月経以外の出血がある  
 ⑧ 月経前に体調が悪い（頭痛・イライラ等）⑨ おりものが気になる（多い・色・におい）  
 ⑩ 外陰部の違和感（かゆみ・痛み・できもの）⑪ 下腹部痛・腰痛 ⑫ 子宮頸癌検診希望  
 ⑬ 膀胱炎症状（残尿感・排尿痛）⑭ 月経をずらしたい（避けたい期間 / ~ / ）  
 ⑮ 性病検査希望 ⑯ 避妊の相談 ⑰ 子宮筋腫・卵巣腫瘍を指摘された  
 ⑱ 更年期症状（ほてり・冷え・肩こり・頭痛・イライラ・気分の落ち込み等）  
 ⑲ その他（ )

【2】今までの月経についてお答えください。

- 初潮はいつですか？ \_\_\_才 閉経はいつですか？ \_\_\_才
- もっとも最近の月経はいつでしたか？（\_\_\_月\_\_\_日から\_\_\_日間）
- 月経周期は順調ですか？ ほぼ順調（\_\_\_日周期）・不順・無月経
- 出血量は（少ない・普通・多い）
- 月経痛は（ない・あるが我慢できる程度・鎮痛剤を要するほど強い）

【3】体質、既往歴、家族歴についてお答えください。

- 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg
- タバコ (吸わない・吸う \_\_\_\_\_本/日)
- アレルギーはありますか？  
ない  
ある → 薬・注射・造影剤 ( ) ・ 花粉症  
アトピー ・ 食べ物 ( ) ・ 金属 ( ) ・ その他 ( )
- これまでにかかった病気や手術、現在治療中の病気はありますか？  
特にない  
ある (例 15才：虫垂炎で手術、40才：高血圧 )  
( 才： 、 才： 、 才： )
- 現在内服中のお薬があれば記入してください。  
(薬剤名： )
- 喘息と診断されたことはありますか？  
ない ・ ある (最後の発作はいつですか？ → )
- 身内の方でご病気の方はいらっしゃいますか？  
いいえ  
はい (糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 子宮癌 卵巣癌 乳癌 その他 ( ))

【4】妊娠・出産歴についてお答えください。

- 性交(セックス)の経験はありますか？ ( あり ・ なし )
- 妊娠歴 ( なし ・ あり \_\_\_\_\_回) 分娩 ( \_\_\_\_\_回) 流産 ( \_\_\_\_\_回)  
中絶 ( \_\_\_\_\_回) 子宮外妊娠 ( \_\_\_\_\_回) 胎状奇胎 ( \_\_\_\_\_回)
- 出産歴があれば記入してください。

年齢	分娩様式	出生体重	経過の異常など
才	普通・吸引・帝王切開	G	
才	普通・吸引・帝王切開	G	
才	普通・吸引・帝王切開	G	

不妊治療をご希望の方は【5】【6】【7】へお答えください。  
その他の方は【8】へお進みください。

【5】不妊歴についてお答えください。

- 不妊期間(避妊をしていない期間)はどのくらいですか？ ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月)
- 現在の性生活について  
1ヶ月の性交回数 ( \_\_\_\_\_回) ・ セックスレス ・ 夫の長期不在
- 性交痛はありますか？ ( ない ・ ある)
- 他院で治療を受けたことはありますか？ ( ない ・ ある → 病院名： )

【6】これまで受けた検査・治療についてわかる範囲で記入してください。

タイミング指導（\_\_\_\_回） 人工授精（\_\_\_\_回）

体外受精（\_\_\_\_回）そのうち顕微授精（\_\_\_\_回）

検査	検査時期	検査結果
子宮頸癌検診	年 月頃	異常なし ・ 異常あり
クラミジア検査	年 月頃	異常なし ・ 異常あり
甲状腺検査	年 月頃	異常なし ・ 異常あり
風疹抗体検査	年 月頃	抗体あり ・ 抗体なし 予防接種 → （済 ・ 未）
抗ミュラー管ホルモン （AMH）	年 月頃	測定値 （ ）
子宮卵管造影検査	年 月頃	異常なし ・ 異常あり
フナーテスト	年 月頃	異常なし ・ 異常あり
精液検査	年 月頃	異常なし ・ 異常あり
子宮鏡検査	年 月頃	異常なし ・ 異常あり

【7】あなたの夫（パートナー）についてお答えください。

1. 年齢（\_\_\_\_才）

2. 身長 \_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg

3. 職業（ ）

4. タバコ 吸わない ・ 吸う（\_\_\_\_本/日）

お酒 飲まない ・ 飲む（ 多い ・ 少ない ）

5. これまでにかかった病気や手術、治療中の病気はありますか？

特になし

ある（例 15才：虫垂炎で手術、40才：高血圧）

（ 才： 、 才： 、 才： ）

【8】当院を受診されたきっかけをお聞かせください。

知人・身内からきいて ・ ホームページをみて ・ 広告、看板をみて

以前受診したことがある ・ 他院からの紹介で ・ 近所なので ・ その他

※ ご記入後は受付までお持ちくださいますようお願い致します。

※ 当院は予約の方を優先いたします。恐れ入りますが、ご予約のない方は診察までお待ち頂くようお願い致します。

※ 診察内容によって順番が前後することがございます。予めご了承ください