

# 女性問診票 (妊娠をご希望の方)

※ 該当するものに☑でチェックをお願いします。

初診日： 20 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
妻氏名		夫氏名	
妻診察券番号 (当院の通院歴のある方)		夫診察券番号 (当院の通院歴のある方)	
職業		職業	
生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
結婚	<input type="checkbox"/> 結婚:(西暦) 年 月 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 夫婦別姓 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 婚約 <input type="checkbox"/> 離婚		
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号 - - <input type="checkbox"/> 自宅番号 ( ) -		
住所	〒		
※郵送の際に、当院の封筒の使用： <u>可</u> ・ 不可			
病院までの通院時間 約 時間 分 交通機関 ( )			
※ 何がきっかけでご来院されましたか？ <input type="checkbox"/> 医師の紹介(医師名: ) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者名: ) <input type="checkbox"/> その他( )			
※ 当院で希望する診療内容に☑でチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 一般不妊検査 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精/顕微授精 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> オプション検査(着床障害関連etc.) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他( )			

◇ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

◇ 月経について

最終生理: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

初潮: \_\_\_\_\_ 歳 生理周期(何日に1回月経がきますか): ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ )日 生理痛: あり ・ なし

◇ 妊娠を目指したのはいつ頃からですか？ (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 (避妊期間: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

◇ 性交経験はありますか？ あり ・ なし → 性行為に支障はありますか？ あり ・ なし

◇ 薬剤や食べ物で副作用・アレルギーを経験したことがありますか？ はい(下記に記入をお願いします) いいえ

※右記に当てはまる方は○をつけてください。 アルコール ・ ラテックス ・ 大豆 ・ 卵 ・ ヒマワリ

どんな薬剤・食物で、どういう症状でしたか？

◇ これまでに病気の経験や、現在治療中の病気はありますか？ はい(下記に記入をお願いします) いいえ

病名・服用薬など、ご記入ください

◇ これまでに手術を受けたことはありますか？ はい(下記に記入をお願いします) いいえ

手術の時期(西暦)・病名・手術部位・輸血の有無・麻酔での異常など、ご記入ください

◇ 血縁のご家族に下記の病気の方はいますか？

高血圧 糖尿病 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 肺塞栓症 深部静脈血栓症 癌 肉腫

◇ 喫煙: 1日( )本 / なし 飲酒: 週( )回 / なし

◇ 職業上、有機溶剤、放射線・放射性物質を使用していますか？ はい ・ いいえ

◇ 学校やお仕事などで、ウサギやヒツジを扱ったことはありますか？ はい ・ いいえ

◇ 万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか？ はい ・ いいえ

◇ 過去に自己注射(アンプル・バイアル)をされた経験はありますか？ はい ・ いいえ

※ペン型注射やインスリン注射は除く



アンプル



バイアル

◇ 検査歴 受けたことのある検査に☑でチェックをお願いします。

検査	検査日 (西暦 月)	検査結果
<input type="checkbox"/> フーナー検査	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 通水	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> 風疹抗体	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> 精液検査	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査(血液)	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> クラミジア頸管検査(PCR)	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> 不育症検査(血液)	年 月	異常なし・異常あり ( )
<input type="checkbox"/> 子宮頸癌検査	年 月	異常なし・異常あり ( )

◇ 妊娠歴: 妊娠( )回 出産( )回 流産( )回 死産( )回 子宮外妊娠( )回 化学流産( )回 中絶( )回

年月(西暦)	妊娠週数	妊娠について	治療・検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法: <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法: <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法: <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法: <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法: <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法: <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法: <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査

◇ 現在服用中の薬剤およびサプリメント名と使用量

・ DHEA : ( ) mg/日 ・ ビタミンD : ( ) IU もしくは ( ) μg/日 ・ 亜鉛 : ( ) mg/日 ・ 葉酸 ( ) μg/日
---

--

