

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: 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	
診察券番号	(当院の通院歴のある方)	診察券番号	
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	☐未婚 ☐婚約中 ☐結婚:(西暦) 年 月 ☐再婚 ☐夫婦別姓 ☐事実婚 ☐離婚		
連絡先	☐携帯番号 - - ☐自宅番号 () -		
住所	〒 ※郵送の際に、当院の封筒の使用: 可・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？

☐医師の紹介(医師名:) ☐ホームページ ☐知人の紹介(紹介者名:) ☐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。

☐一般不妊検査 ☐タイミング法 ☐人工授精 ☐体外受精/顕微授精 ☐不育症 ☐オプション検査(着床障害関連etc.)

☐セカンドオピニオン ☐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()回 出産()回 流産()回 死産()回

●妊娠歴

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"/> 経膈分娩 <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	<input type="checkbox"/> 不育治療
		* <u>妊娠方法</u> : <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"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <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	<input type="checkbox"/> 不育治療
		* <u>妊娠方法</u> : <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"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <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	<input type="checkbox"/> 不育治療
		* <u>妊娠方法</u> : <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"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <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	<input type="checkbox"/> 不育治療
		* <u>妊娠方法</u> : <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"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <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	<input type="checkbox"/> 不育治療
		* <u>妊娠方法</u> : <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"/> 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

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。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点、加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

○マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

（ はい ・ いいえ ）

○現在、処方されているお薬がありますか？

（ はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提供します ）

↓

薬剤名（ ） 用量（ ） 投薬期間（ ）

薬剤名（ ） 用量（ ） 投薬期間（ ）

薬剤名（ ） 用量（ ） 投薬期間（ ）

（※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1カ月以内のお薬のみお書きください。）

○この1年間で「特定健診」または「高齢者検診」を受診しましたか？

受診期間（ ） 指摘事項（ ）

（※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。）

ご協力ありがとうございました