

問 診 票

初めて診察を受ける方へ以下の質問にお答えください。

〒 - 住所

フリガナ
氏名 生年月日 昭・平 年 月 日生 歳

TEL - - 携帯 - - 職業

当院をどこでお知りになりましたか。

- 近所に住んでいる
- インターネット ホームページを何でお知りになりましたか。
 検索サイト(Yahooなど)
 不妊掲示板など
 広告などのアドレスより
- 医師の紹介() 知人の紹介()
- 駅看板(駅) 電柱広告 雑誌等 その他()

下記の質問にお答え下さい。あてはまるものには✓印、または文字か数字を記入して下さい。

I、不妊治療以外で気になる事があればお書き下さい。

- 月経周期が不順 癌検診
- 月経の量が(多い、少ない) 生理の異常 おりものが多い
- 月経以外の出血がある 陰部がかゆい 下腹部が痛い
- 月経痛(生理痛)がひどい その他
- 子宮筋腫があるといわれた []
- 卵巣嚢腫があるといわれた []

II、あなたの月経についてお答え下さい。

- 1、初めてあった月経(初経)はいつですか? [] 歳
- 2、月経は順調ですか? はい [] 日周期
 いいえ 早くて [] 日、遅くて [] 日で来ます。
[] 歳で無くなりました(閉経)
- 3、月経は何日間続きますか? [] 日間ぐらい続く
- 4、月経の量は? 普通 多い(血のかたまりが出る) 少ない
- 5、月経(生理)痛はありますか? はい 頭 下腹 腰 その他 が痛い
 いいえ
- 6、一番最近の月経はいつでしたか? [] 月 [] 日から [] 日間
いつもと同じでしたか? はい
 いいえ 多い 少ない 長い 短い
- 7、その前の月経はいつでしたか? [] 月 [] 日から [] 日間

Ⅷ、以下の質問についてお答え下さい。

- 1、あなたの身長と体重をお書き下さい 身長 cm 体重 kg
- 2、結婚してから何年たちますか？ 年
- 3、結婚後、避妊していた期間がありますか？ 年 ヶ月 (方法: _____)
- 4、今までに妊娠したことはありますか？ はい いいえ
 ある場合には、その妊娠から現在までの期間をお書き下さい 年 ヶ月
- 5、今まで、排卵日頃に性交渉をもつようになってきましたか？
 ほとんど常に たまに 全然気にしないで
- 6、基礎体温表はつけてますか？ はい 以前はつけていた
 いいえ
- 7、体毛が濃いほうだと思いますか？ はい いいえ
- 8、急に体重が増えたり、減ったりしたことがありますか？ はい いいえ
 ↳ kg 増えた 減った
- 9、たばこは吸いますか？ はい (本/day) いいえ
- 10、乳房を押すと乳汁が出たりしますか？ はい いいえ
- 11、当院にいらっしゃる以前に他の病院にかかったことはありますか？
 はい
 施設名(_____) 通院期間 年 月より 年 月まで
 いいえ

“11”の質問に“はい”とお答えになった方のみ以下の質問にお答え下さい。

- 12、不妊症検査の代表的なものを表にしてみました。以前受けたことのある検査があれば、記入して下さい。

検査名	施行年月日	施設名	結果
精液検査	年 月		異常 なし あり(_____)
子宮卵管造影	年 月		異常 なし あり(_____)
ホルモン検査	年 月		異常 なし あり(_____)
内膜診	年 月		異常 なし あり(_____)
内視鏡	年 月		異常 なし あり(_____)
フーナーテスト	年 月		異常 なし あり(_____)

Ⅲ、今までに何か病気をしたことはありますか

- 虫垂炎 肝臓病 腎臓病 心臓病 糖尿病 甲状腺の病気 結核 性病
 不眠症 ノイローゼ その他()

Ⅳ、ご家族についてお答え下さい。

- ご父様は [] 歳 健 病() 死()
 ご母様は [] 歳 健 病() 死()
 ご兄弟は [] 歳 健 病() 死()
 ご兄弟は [] 歳 健 病() 死()
 ご兄弟は [] 歳 健 病() 死()

Ⅴ、結婚についてお答え下さい。

- 1、結婚していますか？ はい []年[]月[]日[]歳で結婚 (初婚 再婚)
 いいえ 未 婚 離 婚 []歳の時
 2、ご主人の年齢、ご職業は？ 年 齢 []歳 職 業 ()
 3、ご主人は現在健康ですか？ はい
 いいえ 病名は？ ()
 4、ご主人は過去に大きな病気をしたことがありますか？ はい 病名は？ ()
 いいえ

Ⅵ、性交渉、妊娠、分娩についてお答え下さい。

- 1、性交渉(セックス)の経験はありますか？ はい いいえ
 2、妊娠したことはありますか？ はい いいえ

Ⅶ、妊娠したことのある方は、その経過についてお答え下さい。

1、お産にならなかったもの

	年 齢	人工中絶	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
年 月	歳	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月

2、以前のお産についてお答え下さい

	年 齢	施設名	正常 異常の別	お子様の健康状態
年 月	歳		正常 異常 帝王切開	健 病 死()
年 月	歳		正常 異常 帝王切開	健 病 死()
年 月	歳		正常 異常 帝王切開	健 病 死()
年 月	歳		正常 異常 帝王切開	健 病 死()

13、卵管通気、卵管通水を受けたことはありますか？

- はい 施設名() 回ぐらい
 いいえ

14、不妊症の治療として投薬を受けたことがありますか？

- はい 排卵誘発剤 黄体ホルモン剤 漢方薬 不明
 その他()
 いいえ

15、不妊症の治療として注射をしたことがありますか？

- はい 排卵誘発剤 黄体ホルモン剤 HCG カウフマン
 不明 その他()
 いいえ

16、人工授精を受けたことはありますか？

- はい 施設名() 回ぐらい
 いいえ

17、体外受精・GIFT法を受けたことがありますか？

- はい 施設名() 回ぐらい
 いいえ

Ⅸ、どのような治療を希望しますか？

- 検査から系統的に受けたい
 妊娠すればどの治療でも良い

具体的にあれば、記入してください。

[]

この問診票を印刷して、初診の際にお持ちください。

医療法人社団ひとみ会 白井医院 不妊治療センター

TEL(代表) 03-3605-1677 TEL(婦人科直通) 03-3605-0381