

記入日：西暦 _____年____月____日

NO. _____

女性用問診票

ふりがな

名前 _____ ご職業 _____ ※不妊治療通院歴：□無 □有

※ 妊娠歴 : □無 □有

生年月日 (□S □H □R) _____年 西暦 _____年 _____月 _____日 年齢 _____歳

郵便番号 _____ 住所 _____

電話番号 携帯 _____ 自宅 _____

身長 _____cm 体重 _____kg 血液型 _____型

飲酒 □無 □有 : _____ ml/日 タバコ □無 □有 : _____ 本/日

基礎体温 : □無 □有 (□二相性 □変化無し □よくわからない)

問1 ご結婚されていますか

□ いいえ → □婚約中 □内縁 □独身

□ はい 結婚年齢 : _____歳

初婚:(西暦) _____年____月 離婚:(西暦) _____年____月 再婚:(西暦) _____年____月

夫: 年齢 _____歳 職業 _____ 身長 _____cm 体重 _____kg

問2 避妊期間はありましたか

□ いいえ □ はい _____年____ヵ月

問3 お子様を希望されてどのくらいたちますか

_____年____ヵ月

問4 性生活についてお答え下さい

一ヶ月の性交回数 : _____ 回/月

問5 月経歴についてお答え下さい

一番最近の月経 : _____月 _____日 ~ _____月 _____日

初潮 : _____歳

月経痛 : □無 □軽い □重い 出血量 : □多量 □中量 □少量 月経周期 : □順調 □やや不順 □不順

問6 子宮がん検査を受けたことがありますか

□ いいえ □ はい 西暦 _____年 _____月、結果 : □正常 □異常

問7 性病にかかったことがありますか

□ いいえ □ はい (_____歳 : 病名 _____、治療 : □未 □済)

問8 内服薬や注射・造影剤でアレルギー反応を起こしたことがありますか

□ いいえ □ はい (_____)

問9 喘息にかかったことがありますか

□ いいえ □ はい (_____歳)

問10 甲状腺に関する病気にかかったことはありますか

いいえ はい (歳 病名:)

問11 上記以外に今までかかったことのある病気や持病はありますか

いいえ はい (歳 病名:)

(歳 病名:)

(歳 病名:)

問12 今まで手術を受けたことはありますか

いいえ はい ()

問13 現在服用している薬はありますか

いいえ はい ()

問14 妊娠の経験がある方のご記入ください

分娩 _____回 生児数 _____回 自然流産 _____回 人工中絶 _____回

1 (西暦) _____年_____月 妊娠 _____週 (男・女) 分娩 (経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 ()

児の異常 無 有 ()

2 (西暦) _____年_____月 妊娠 _____週 (男・女) 分娩 (経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 ()

児の異常 無 有 ()

3 (西暦) _____年_____月 妊娠 _____週 (男・女) 分娩 (経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 ()

児の異常 無 有 ()

4 (西暦) _____年_____月 妊娠 _____週 (男・女) 分娩 (経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 ()

児の異常 無 有 ()

5 その他・追記 ()

問15 現在不妊に関して悩みや困っていることがありますか

()

問16 当院で希望する治療について当てはまるもの全てにチェックをつけて下さい

検査を受けたい タイミング法を受けたい 人工授精をしたい 体外受精をしたい

その他 ()

問17 当院を知ったきっかけを教えてください

ホームページを見た 友人・知人から聞いた 家・職場の近く その他 ()

