

婦人科外来問診票

初診日 西暦 年 月 日

*これからの診察に参考に致しますので正確にご記入および をお願いいたします。

*不妊外来をご希望の方はご主人さまの情報もご記入ください。また、「不妊外来問診票」もご記入ください。

*当院では「個人情報の保護に関する法律」に従い、患者様の個人情報を厳重に取り扱っています。

| | |
|---|------------|
| 氏名 (妻) | 氏名 (夫) |
| フリガナ | フリガナ |
| 生年月日 () 歳 | 生年月日 () 歳 |
| S・H 年 月 日 | S・H 年 月 日 |
| 住所 (〒 -) | |
| 自宅 電話番号 | |
| 妻 携帯 | 夫 携帯 |
| 当院から連絡する場合 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 (留守番電話 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG) | |

| | |
|---|--|
| 来院目的をお聞かせください。 | |
| <input type="checkbox"/> 子供ができない → 「不妊外来問診票」もご記入ください | |
| 月経の異常 <input type="checkbox"/> 月経が止まった <input type="checkbox"/> 月経が不規則 <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 出血が多い <input type="checkbox"/> 生理痛がひどい その他 { } | 腹部の異常 <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> しこり (お腹・乳房) その他 { } |
| 陰部・排尿の異常 <input type="checkbox"/> おりものが多い <input type="checkbox"/> 陰部がかゆい、痛い <input type="checkbox"/> 尿が近い、痛い その他 { } | <input type="checkbox"/> ブライダルチェック <input type="checkbox"/> ガン検診 *1年以内の子宮ガン (頸部) 検診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月経周期の変更(サイクルチェンジ) その他 { } |
| その他の来院目的 { } | |
| チェックされた症状について いつからですか？ | 症状の程度 |
| すでに他院を受診されている場合 いつからですか？ | 医療機関名 |
| 治療内容 | |
| 紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

次項もご記入ください。

月経についてお聞かせください。

初めての月経はいつでしたか？ (歳)
 最近の月経はいつでしたか？
 (年 月 日から 日間)
 月経は順調ですか？ はい いいえ
 月経の量は？ 多い 普通 少ない
 生理痛の程度は？ 軽い 普通 ひどい

結婚・妊娠・分娩についてお聞かせください。

性交の経験はありますか？ はい いいえ
 結婚はしていますか？ はい いいえ
 妊娠したことがありますか？ はい いいえ
 分娩の回数 (回)
 子供の人数 (人)
 自然流産の回数 (回)
 人工妊娠中絶の回数 (回)

今までにかかった病気や手術についてお聞かせください。
 *不妊外来をご希望の方はご主人さまの情報もご記入ください。また、「不妊外来問診票」もご記入ください。

| | |
|---|--|
| <p>妻</p> <input type="checkbox"/> 下垂体疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 腹膜炎 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 卵巣手術 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <p>夫</p> <input type="checkbox"/> 下垂体疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 高熱疾患 <input type="checkbox"/> 副こう丸炎 <input type="checkbox"/> 停留こう丸 <input type="checkbox"/> 陰部外傷 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| チェックされた疾患について、かかった年齢および治療期間などを詳しくお聞かせください。 | |
| 現在、内服中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (お薬名) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (お薬名) |
| アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (症状) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (症状) |
| 薬や注射での副作用の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 症状 { | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 症状 { |
| 喘息にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 輸血を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

その他、診察に必要な所見をお聞かせください。
 *不妊外来をご希望の方はご主人さまの情報もご記入ください。また、「不妊外来問診票」もご記入ください。

| | |
|--|--|
| <p>妻</p> 身長 / 体重 (cm / kg) 血液型 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB 結婚の年月日 (S・H・R 年 月 日) 職業 (放射線や劇薬物などの使用の有無、肉体労働の程度など詳しく) 嗜好品および常用薬 <input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 その他 () 血縁者の病歴 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 遺伝病 <input type="checkbox"/> ガン () | <p>夫</p> 身長 / 体重 (cm / kg) 血液型 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB 結婚の年月日 (S・H・R 年 月 日) 職業 (放射線や劇薬物などの使用の有無、肉体労働の程度など詳しく) 嗜好品および常用薬 <input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 その他 () 血縁者の病歴 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 遺伝病 <input type="checkbox"/> ガン () |
|--|--|

どのようにしてこのクリニックをお知りになりましたか？

パソコン スマートフォン 雑誌 知人 他院 LINE相談 その他 ()

ご協力ありがとうございました。

不妊外来問診票

初診日 西暦 年 月 日

* これからの診察に参考に致しますので正確にご記入および をお願いいたします。

* 当院では「個人情報の保護に関する法律」に従い、患者様の個人情報を厳重に取り扱っています。

妊娠をご希望されてからの期間をお聞かせください。

年 月

基礎体温はつけられていますか？ 体温表 デジタル いいえ

これまでに受けた不妊に関する検査や治療についてお聞かせください。

| | 実施時期 | 実施施設 | 実施回数・検査結果・治療結果などできるだけ詳細に |
|-------------|------|------|--------------------------|
| AMH 測定 | | | |
| 子宮卵管造影 | | | |
| 通水・通気検査 | | | |
| 精液検査 | | | |
| 抗精子抗体検査 | | | |
| ホルモン検査 | | | |
| ホルモン療法 | | | |
| 手術療法 | | | |
| 人工授精 (AIH) | | | |
| 体外受精 (IVF) | | | |
| 顕微授精 (ICSI) | | | |
| その他 | | | |

ご夫婦の性生活についてお聞かせください。

排卵の時期を考えて性交する。 はい いいえ

1ヶ月の性交回数はいくつですか？ _____ 回

避妊されたことはありますか？ はい いいえ

夫婦生活について相談したいことがあればご記入ください。

不妊治療についてご希望の治療方針をお聞かせください。当てはまる項目はすべて選択してください。

- とりあえず不妊原因を調べる検査をして欲しい。
- できるだけ自然な方法で妊娠したいので人工授精・体外受精は希望しない。
- 人工授精までの治療は望むが体外受精は希望しない。
- 一般不妊治療（タイミング法・人工授精）で妊娠できなければ体外受精・顕微授精まで希望する。
- これまでの治療経過や年齢を考慮して最初から体外受精・顕微授精を希望する。
- よくわからないので治療方針を相談したい。

その他、治療に関して特にご希望があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。