

とくおかレディースクリニック不妊治療問診票：女性


◎以下よりご記入をお願い致します。裏面もございますので、裏面までご記入下さい。

☆必須 ※ (記入漏れがございますとお預かり出来かねますので、全てご記入ください。)					
(フリガナ) 妻氏名		年齢		血液型 Rh	
ご職業	ご勤務先(会社名)				
身長	cm	体重	kg		
ご住所			Tel		

(フリガナ) 夫氏名		年齢	血液型	ご職業	
生年月日	S・H 年 月 日				

① 本日ご来院された理由は何ですか？

・子供が出来ない ー 下記 1.か 2.に○をつけ、()内に具体的にお書き下さいー

1. 不妊治療は初めて

(子作り期間は?)

2. 他のクリニックにて不妊治療歴あり

(子作り期間は?)

(どちらの病院・クリニックで?)

(治療内容についてお書き下さい)

・流産を繰り返す ・月経不順 ・月経量が気になる ・性交後の出血 ・おりもの ・かゆみ

・不正出血 ・子宮筋腫 ・卵巣のう腫 ・子宮内膜症 ・その他 ()

② 1年以内に感染症検査(B型肝炎、C型肝炎、HIV、梅毒)の検査は実施済みですか？

・はい (←結果をコピーして頂き、次回来院時に、必ず結果とコピーをお持ち下さい)

・いいえ (当院にて早い段階で検査を行って下さい)

※夫の治療・検査についての説明、検査結果(精液検査、感染症採血など)は、

→ 必ず夫自身が聞きに来る(説明を聞かれるまでは、奥様の治療が中断します) ・ 妻来院時に聞く

③ 初めての月経は何歳の時ですか？ (歳)

④ 一番最近の月経は？ (月 日から 日間)

⑤ その時の量は？ (・いつもより多かった ・いつも通りだった ・いつもより少なかった)

⑥ 月経は規則的に来ていますか？

・規則的 ー 月経周期(月経開始日から次の月経開始日の前日までの日数は _____ 日型)

・不規則

⑦ 普段の月経の量はどうか？ (・多いと思う ・人並みと思う ・少ないと思う)

⑧ 生理痛(腹痛・腰痛)はありますか？

(・ほとんどない ・痛い我慢できる ・時々痛み止めを飲む ・毎回痛み止めを飲む ・痛み止めが効かない)

⑨ 性交経験はありますか？ ある ・ ない

⑩ ご入籍されていますか？ ・はい (年 月 _____ 歳の時) (初婚 ・ 再婚 ・ 夫が再婚)

・いいえ ー ご入籍予定をご記入下さい (年 月を予定している)

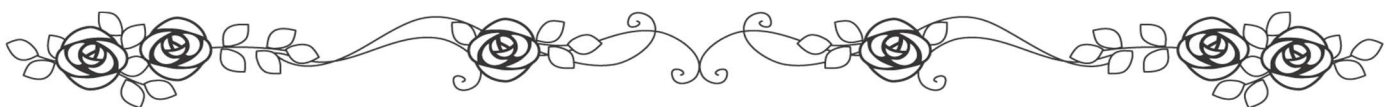
※事実婚の方へ

事実婚（未入籍）夫婦が不妊治療をご希望される場合に、生まれてくる子の法的地位の安定のため
それぞれ別の方との婚姻関係がないことを確認させていただいております。次回来院時に、お二人それぞれの
発行日から3か月以内の戸籍謄本もしくは戸籍抄本もしくは独身証明書をご提出下さい。

- ⑪ ご主人は当院におかかりですか？ はい ・ いいえ
- ⑫ ご主人は健康ですか？ はい ・ いいえ（病名： _____）
- ⑬ ご主人は不妊治療に協力的ですか？ はい ・ いいえ（理由： _____）
- ⑭ 今までの妊娠経験について伺います。
 ・妊娠は全部で何回ありますか？（ _____ 回） ・妊娠したことはない
 ・そのうち分娩（死産を含む）は何回ですか？（ _____ 回）
 ・それぞれの分娩を順に記載して下さい。
 第1子 妊娠 _____ 週で男・女 _____ ^{グラム}（母 _____ 歳）普通・帝王切開・吸引・カン子・死産
 第2子 妊娠 _____ 週で男・女 _____ ^{グラム}（母 _____ 歳）普通・帝王切開・吸引・カン子・死産
 第3子 妊娠 _____ 週で男・女 _____ ^{グラム}（母 _____ 歳）普通・帝王切開・吸引・カン子・死産
 第4子 妊娠 _____ 週で男・女 _____ ^{グラム}（母 _____ 歳）普通・帝王切開・吸引・カン子・死産
- ⑮ 自然流産は何回ありますか？（ _____ 回）
 ・何歳の時ですか？（ _____ 歳： _____ 週で流産）（ _____ 歳： _____ 週で流産）（ _____ 歳： _____ 週で流産）
- ⑯ 中絶（人工流産）は何回ありますか？（ _____ 回）
 ・何歳の時ですか？（ _____ 歳）（ _____ 歳）（ _____ 歳）
- ⑰ あなたは今までに大きな病気や手術をした事がありますか？
 ない
 ある→卵巣のう腫・子宮筋腫・高血圧・心臓病・糖尿病・喘息・腎臓病・癌
 その他（ _____ ）
- ⑱ 血縁関係で、現在病気の方、または過去に病気にかかった方はいますか？
 いない
 いる→どなたですか？ 父・母・祖父・祖母・おじ・おば・兄・姉・弟・妹
 病名は何ですか？（ _____ ）
- ⑲ 薬・注射や食べ物などのアレルギーはありますか？ ない ・ ある（ _____ ）
- ⑳ 現在服用中の薬はありますか？ ない ・ ある（薬品名： _____ ）
- ㉑ 子宮がん検診を、半年以内に受けた事がありますか？
 半年以内に受けていない →（近日中に検査を行います）
 半年以内に受けた事がある → （次回来院時に、必ず結果をご持参下さい）

問診票ご記入ありがとうございました。

この後、不妊専門スタッフとのお話→ドクターとのお話→本日必要な検査という流れになります。もうしばらく、待合室にてお待ち下さいますようお願い申し上げます。



☆当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい。

初診 ・ 転院

理由（ _____ ）