

問診表 ID ()

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____ 職業 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

E-mail _____ @ _____ 未婚・既婚 _____ 結婚年齢 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体重の増減 有・無 (_____ kg)

1. 月経歴

周期： _____ 日型 順 不順 持続： _____ 日 月経痛：有・無 _____ 月経量：多・小・普

最終月経： _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日目 初経： _____ 歳 閉経： _____ 歳

2. 今回来院された理由

不妊	不育	妊娠	月経痛がひどい	月経不順	無月経	出血	腹痛
外陰部が痒い	外陰部痛	おりものが多い	できものがある	残尿感	排尿痛		
性交痛	排便痛	子宮内膜症	子宮筋腫	性病	癌検診	更年期	
月経をずらしたい	ピル希望	緊急避妊	その他 (_____)				

3. 妊娠歴：有・無

妊娠歴		経過	その他
年 月	週	流産・死産 自然分娩 帝王切開 子宮外妊娠 中絶	
年 月	週	流産・死産 自然分娩 帝王切開 子宮外妊娠 中絶	
年 月	週	流産・死産 自然分娩 帝王切開 子宮外妊娠 中絶	
年 月	週	流産・死産 自然分娩 帝王切開 子宮外妊娠 中絶	

過去に病気、手術：有・無 _____ 病名 (_____) 手術 (_____)

性交経験：有・無 _____ 子宮癌検診：有・無 (_____ 年 _____ 月)

アレルギー：有・無 (_____) 喫煙：有・無 (_____ 本/日)

4. 不妊・不育を選択された方だけの質問です。

不妊期間： _____ 年 性交回数： _____ 回/月

他院での治療歴：有・無 _____

ホルモン検査等：有・無 _____	有る場合、結果のコピーを持っている方はご提示下さい。
精液検査：有・無 _____	有る場合：所見 (_____)
卵管造影：有・無 _____	有る場合：所見 (_____)
人工授精：有・無 _____	有る場合： _____ 回
体外受精：有・無 _____	有る場合： _____ 回 (体外受精 _____ 回 顕微授精 _____ 回)
その他：	

5. 当院に希望されている方針や伝えておきたいこと

6. 当院を何でお知りになりましたか？

他院から (_____) 友人知人から (_____) インターネット

看板 電話帳 テレビ 雑誌 その他 (_____)