

問診票 ID ( )

氏名(ふりがな) \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

夫(パートナー)氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ 未婚/既婚/再婚 結婚年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体重の増減 有・無 ( \_\_\_\_\_ kg/ \_\_\_\_\_ 年間)

月経歴

周期: \_\_\_\_\_ 日型 or 不順 ( \_\_\_\_\_ 日~ \_\_\_\_\_ 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

今回来院された理由

不妊 不育 月経痛がひどい 月経不順 無月経 出血 腹痛 排便痛 外陰部が痒い 外陰部痛  
おりものが多い できものがある 性交痛 子宮内膜症 子宮筋腫 性病 癌検診  
その他( )

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: 病名[ \_\_\_\_\_ 手術( \_\_\_\_\_ 歳時 \_\_\_\_\_ )]

子宮頸癌検診: 有・無 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

アレルギー(無・有 \_\_\_\_\_ ) 喫煙( \_\_\_\_\_ 本/日)

薬アレルギー(無・有 \_\_\_\_\_ ) 過去に有る方( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 年 本/日)

現在内服中の薬: \_\_\_\_\_

不妊期間: \_\_\_\_\_ 年 性交回数: \_\_\_\_\_ 回/月

他院での治療歴: \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 紹介状あり \_\_\_\_\_ 検査結果あり

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: 採卵 \_\_\_\_\_ 回 移植 \_\_\_\_\_ 回 (体外受精 \_\_\_\_\_ 回 顕微授精 \_\_\_\_\_ 回)

その他: \_\_\_\_\_

当院に希望されている方針や伝えておきたいこと

検査のみ 自然に頑張りたい 方法は問わないので早く妊娠したい 体外受精 人工授精 卵管鏡

その他: \_\_\_\_\_

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 ( \_\_\_\_\_ )