

診察券番号： _____

問診票

20 年 月 日

本人	(ふりがな) 氏名	年齢【 歳】 生年月日【西暦 年 月 日】
	携帯電話【 】	職業【 】 血液型【 型Rh +/-/不明】
夫または パートナー	(ふりがな) 氏名	年齢【 歳】 生年月日【西暦 年 月 日】
	携帯電話【 】	職業【 】 血液型【 型Rh +/-/不明】
ご住所 〒		
必須記載 緊急連絡先(ご本人様以外)【 /続柄：【 】		

受診された理由を教えてください。該当するものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 不妊相談	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (自費の検診)
<input type="checkbox"/> プライダルチェック	<input type="checkbox"/> 中央区の子宮がん検診→受診券を提出してください。
<input type="checkbox"/> 妊娠確認 →妊娠検査薬： 月 日 (陽性・陰性)・未検査	<input type="checkbox"/> 不正出血→(月 日～ 日間)
<input type="checkbox"/> 低用量ピルの相談	<input type="checkbox"/> 月経異常 (月経不順など)
<input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル→別紙問診票の記載もお願いします。	<input type="checkbox"/> 下腹部痛
<input type="checkbox"/> 月経移動 →月経を避けたい日 (月 日～ 月 日)	<input type="checkbox"/> おりもの異常 (多い・臭い・色)
	<input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ・痛み
	<input type="checkbox"/> その他【 】

月経について

初経： 歳
最終月経： 年 月 日から 出血のある期間： 日間
月経周期： ～ 日 周期： 順 / 不順 基礎体温： 無 / 有
月経量： 少ない / 普通 / 多い 月経痛： 無 / 軽度 / 痛 / 激痛

結婚・妊娠・分娩について

性交渉の経験はありますか？ ある / ない
結婚していますか？
 既婚： 年 月 日 初婚 / 再婚 夫： 初婚 / 再婚
 未婚：入籍予定はありますか？ 無 / 有 → 年 月 日
妊娠したことがありますか？ 無 / 有 → 詳細を記載してください。

出産	【 回】	【時期： 】
流産	【 回】	【時期： 】
中絶	【 回】	【時期： 】

身長：【 cm】 体重：【 kg】
感染症はありますか？ 無 / B型肝炎 / C型肝炎 / 梅毒 / HIV / 不明
てんかん・けいれん発作を起こしたことがありますか？ 無 / 有 → (年 月)
喘息の既往はありますか？ 無 / 有 → (最終発作 年 月)
喫煙しますか？ 無 / 有 → (本/日) / 以前喫煙していた
現在、服用している薬(サプリメントを含む)はありますか？ 無 / 有 → 薬剤名を記載してください。

--

既往・現病歴：□無/□有→診断時期/疾患名/処方内容/病院名 を記載してください。

ex)2015～通院中/バセドウ病/内服なしで定期通院/〇〇クリニック

手術歴：□無/□有→手術時期/手術内容/病院名 を記載してください。

ex)2019年5月/子宮筋腫摘出術/〇〇病院

アレルギーはありますか？(薬・食べ物・花粉症など)：□無/□有→具体的に記載してください。

□アルコール綿球 □テープ・絆創膏 □天然ゴム(ラテックスアレルギー) □金属
□その他→具体的に記載してください。

検査歴について

子宮頸がん	□無 □有→【	年 月 日	：異常なし / 要観察(詳細)：	】
クラミジア	□無 □有→【	年 月 日	：異常なし / 要治療(詳細)：	】
風疹抗体	□無 □有→【	年 月 日	：□抗体あり/□抗体なし	】
風疹ワクチン接種	□無 □有→【	年 月 日		】

挙児希望(不妊相談)の方は以下の問診にもお答えください。

ご希望の治療を教えてください。

□不妊の検査/□タイミング指導(排卵日指導)/□人工授精(AIH)/□体外受精

□その他【 】

今後の治療についてご希望はありますか？

□自然妊娠のみ希望/□人工授精までは考えている/□医学的に必要ならば体外受精まで考える

□その他【 】

不妊期間はどれくらいですか？ : 【 年 ヶ月】(避妊なしで性交渉をしている期間)

性交障害はありますか？ : □無/□有

性交痛はありますか？ : □無/□有

性交渉は月に何回くらいありますか？ : 【約 回】

不妊治療を受けたことがありますか？ : □無/□有→【通院期間： 病院名： 】

これまでに受けた不妊検査の内容を教えてください。

基礎ホルモン検査	□無/□有	年 月	□異常なし/□異常あり→
卵管検査	□無/□有	年 月	□異常なし/□異常あり→
フナー検査	□無/□有	年 月	□良好/□やや不良/□不良/□その他【 】
黄体機能ホルモン検査	□無/□有	年 月	□異常なし/□異常あり→
精子検査	□無/□有	年 月	□異常なし/□異常あり→
その他	【		】

これまでに受けた不妊治療の内容を教えてください。

□排卵誘発剤(内服・注射)→薬剤名：	□黄体補充(内服・注射)→薬剤名：		
タイミング指導【 回】	人工授精【 回】	採卵【 回→IVF 回/ICSI 回】	移植【 回】

定期的な通院はどのくらいまで可能ですか？ : □必要に応じ可能/□平日は夜のみ/□土日のみ/□ほとんど不可能

当院までの所要時間はどれくらいですか？ : 【□自宅から/□会社から】 【□徒歩/□電車/□車】 【約 分】

ご主人は不妊治療に協力的ですか？ : □かなり協力的/□まあまあ協力的/□協力的とはいえない

当院を何で知りましたか？

□紹介【 】 □当院HP □当院Blog □当院Instagram □看板

□雑誌【 】 □その他インターネット □その他【 】

銀座こうのとりレディースクリニック