

カルテNo. \_\_\_\_\_

銀座こうのとりレディースクリニック問診表

20 年 月 日

(ふりがな)

(ふりがな)

お名前 ( 歳) ご主人またはパートナー お名前 ( 歳)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
ご自宅電話番号 \_\_\_\_\_

ご本人職業 ( )      ご主人職業 ( )  
ご本人携帯電話 ( )      ご主人携帯電話 ( )  
ご本人生年月日 ( 年 月 日 )      ご主人生年月日 ( 年 月 日 )

I どうなさいましたか (該当するものに○印をつけてください)

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 月経の異常 (月経が遅れている、不順など)<br>→ ( 月 日 妊娠検査薬 陽性・陰性・検査未) | 7 低用量ピルの処方              |
| 2 月経と違う出血   | 8 緊急避妊用ピル               |
| 3 おりものが多い、臭う  | 9 月経移動 ( 月 日 ~ 日まで止めたい) |
| 4 陰部のかゆみ、痛み   | 10 その他 ( )              |
| 5 腹痛  | 11 不妊の相談・検査・治療希望        |
| 6 癌の検診  | (11の方 → 裏面の記入もお願いいたします) |

II あなたの月経について

- 1 初経 ( 歳 )  
2 最終月経 ( 年 月 日 ~ 日間 )  
3 生理周期 ( 日 ~ 日型 ) ( 順調 ・ 不順 )  
4 月経の量 ( 少ない ・ 普通 ・ 多い )  
5 月経痛 ( 無 ・ 有 )

III あなたの結婚、妊娠、分娩について

- 1 性交 (セックス) の経験はありますか      はい ・ いいえ  
2 結婚していますか      はい ( 年 月 日 初婚 ・ 再婚 )  
未入籍 ( 入籍予定 年 月 日 )  
3 妊娠したことがありますか      はい ・ いいえ  
4 妊娠したことがある方は次をお答えください  
\*分娩 回      \*流産 回      \*中絶 回

IV 次の検査は受けましたか ※必ず記入してください

クラミジア検査      未 ・ 済 ( 年 月 日 異常無し ・ 異常有り )  
子宮頸癌検査      未 ・ 済 ( 年 月 日 異常無し ・ 異常有り )

V その他 今までの病歴・手術・アレルギーなど

- 1 身長 ( cm )      体重 ( kg )  
2 喫煙しますか      はい ( 本/日 ) ・ いいえ  
3 現在かかっている病気 ( )  
4 今までにかかったことのある病気 ( )  
5 今までに受けたことのある手術 ( )  
6 喘息にかかったことはありますか      はい ( 最終発作 歳 ) ・ いいえ  
7 今までに薬や注射、食物でアレルギーを起こしたことはありますか  
はい ( ) ・ いいえ  
8 てんかん、けいれん発作を起こしたことはありますか  
はい ・ いいえ

# 不妊検査をご希望の方のみお答えください

- 診療希望 1. 不妊症の検査、排卵日指導希望
- 2. 人工授精 (AIH)
- 3. 体外受精
- 4. その他 (卵管造影、セカンドオピニオン e t c...)

- 1 当院を何で知りましたか ( 紹介 ( ) ・ 雑誌 ・ インターネット ・ 看板 ・ その他 )
- 2 今後、排卵日の正確な特定などに通院可能ですか ( 可能 ・ 月に数回なら可能 ・ 不可能 )
- 3 当院までの所要時間 ( 徒歩 ・ 電車 ・ 車 ) ( 約 分 )
- 4 不妊期間はどのくらいですか 【結婚してから避妊していない期間】 ( 約 年 ヶ月 )
- 5 基礎体温をつけてますか ( 無 ・ 有 )
- 6 性交障害はありますか ( 無 ・ 有 )
- 7 他院で不妊治療を受けたことがありますか ( 無 ・ 有 病院名： )  
【 紹介状 → 無 ・ 有 】
- 8 どんな検査を受けましたか ( 卵管造影、 ホルモン負荷検査、 フーナー検査、 通水通気、 精子検査、  
風疹抗体検査、 その他 ( ) )
- 9 どんな治療を受けましたか ( 排卵誘発剤内服、 排卵誘発剤注射、 黄体ホルモン内服、  
人工授精 回、 体外受精 回、 顕微授精 回 )
- 10 性生活は月に何回ありますか ( 約 回 )
- 11 性交痛はありますか ( 無 ・ 有 )
- 12 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 ・ 協力的でない )
- 13 今後、検査や治療に通院はどのくらいまで可能ですか  
( 必要に応じ可能 ・ 月に数回なら可能 ・ 土日なら可能 ・ ほとんど不可能 )
- 14 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 ・ 医学的に必要ならば治療を受けたい ・ すぐにでも妊娠希望なので医師に任せる  
その他 ( ) )