

# 問 診 表

H 年 月 日

カルテ No. \_\_\_\_\_

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日 歳 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

自宅□ ( ) \_\_\_\_\_ ー 携帯□ ( ) \_\_\_\_\_ ー

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

以下診療に関する問診票です。分かる範囲でなるべくお書きください。

1. どうなさいましたか。(数字に○をつけてください)

- ①子供が出来ない  
②その他 ( )

2. あなたの月経について

- ①初めての月経はいつですか。 \_\_\_\_\_ 歳の時  
②最終月経はいつですか。 H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間  
③月経は順調ですか \_\_\_\_\_ はい ( ) 日型 ・ いいえ  
④月経痛はありますか。 \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ

3. あなたの結婚、妊娠について

- ①セックスの経験はありますか。 \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ  
②結婚したのはいつですか。 H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( 初婚・再婚 ) ・ 未婚  
③子供を望んでどの位たちますか。 \_\_\_\_\_ 約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月位  
④妊娠又は出産した事がある方は記入をしてください。(出産、流産、中絶等)

H	年	月		
H	年	月		
H	年	月		

出産後月経は再開しましたか? \_\_\_\_\_ はい (H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

4. あなたの今までにかかった病気について

- ①病名 ( ) \_\_\_\_\_ 歳の時  
②手術 ( ) \_\_\_\_\_ 歳の時  
③輸血を受けた事がありますか。 \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ  
④喘息と言われた事がありますか。 \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ  
⑤B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HIV、クラミジアの検査で陽性と言われた事がありますか。 \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ  
⑥薬や注射などで副作用(アレルギー)を起こした事がありますか。 \_\_\_\_\_ はい ・ いいえ  
『はい』と答えた方は薬の名前、症状を記入してください。  
( )

5. ご家族の家族歴について

(父 母 兄弟姉妹 高血圧 糖尿病 心疾患 脳血管疾患 )  
その他疾患があればお書き下さい ( )

5. 現在飲んでいる薬はありますか。 \_\_\_\_\_ はい ( ) ・ いいえ

6. タバコを吸いますか。 \_\_\_\_\_ はい ( \_\_\_\_\_ 本/日) ・ いいえ

7. 子宮がん検査を受けた事がありますか。 \_\_\_\_\_ はい (H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) ・ いいえ

8. 不妊治療および検査を受けた事がありますか。 は い ・ いいえ  
 『はい』と答えた方は①～⑥までお答えください。

① 卵管造影検査（または通水検査）を受けた事がありますか。 は い ・ いいえ  
 右（正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ その他）  
 左（正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ その他）

② 精液検査を受けた事がありますか。 は い ・ いいえ  
 精液量（ ）ml 濃度（ ）万/ml 運動率（ ）%  
 （正常 ・ 異常）

③ ヒューナーテスト（性交後検査）を受けた事がありますか。 は い ・ いいえ  
 （良好 ・ 不良）

④ タイミング法を受けた事がありますか。 は い（ ）回 ・ いいえ

⑤ 人工授精を受けた事がありますか。 は い（ ）回 ・ いいえ

⑥ 体外受精を受けた事がありますか。 は い（ ）回 ・ いいえ

	①体外受精 ②顕微授精	刺激法	採卵数	受精卵数	①分割胚 移植 ②胚盤胞 移植 ③凍結胚 移植	移植胚数	凍結胚数	妊娠の有無
H 年 月								
H 年 月								
H 年 月								
H 年 月								

★あなたのパートナーについて

ふりがな  
 名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

職業 \_\_\_\_\_

- ①結婚について 初婚 ・ 再婚
- ②今までにかかった病気はありますか。（病名 \_\_\_\_\_） 歳の時
- ③タバコを吸いますか。 は い（ \_\_\_\_\_ 本/日） ・ いいえ
- ④不妊治療に協力的ですか。 は い ・ いいえ

あなたのパートナーのご家族の家族歴について（分かる範囲でお書きください）  
 （父 母 兄 弟 姉 妹 高 血 圧 糖 尿 病 心 疾 患 脳 血 管 疾 患）  
 その他疾患があればお書き下さい（ \_\_\_\_\_ ）

※ 診察に対するご要望やお気付きの点等ございましたらご相談下さいませ。