

問診票（女性用）①

記入日 西暦 20△△ 年 12 月 1 日

フリガナ 氏名	アスカ ハナコ 明日香 花子	生年月日 西暦 199□ 年 7 月 31 日 (○○) 歳 血液型 (A) Rh(+)
住所 〒 630-○○○○ 奈良市△△△□□□		電話番号 090-△△△△-□□□□
▪ 身長 (160) cm 体重 (50) kg		▪ 職業 (□□□)
▪ 喫煙 (なし・あり 1日 () 本)		夜勤: (なし・あり) 出張: (なし・あり)
▪ 薬剤アレルギー (なし・あり (○○○ 発疹が出る))		
▪ 食物アレルギー (なし・あり (△△△ かゆくなる))		

● 婚姻関係について当てはまるものに○をし記入をしてください。

▪ 既婚 入籍: 西暦(20△○)年(2)月	▪ 未婚 入籍予定: なし・あり(年 月 予定)
▪ 再婚 前の婚姻: (24)歳~(26)歳	▪ 事実婚 同居: なし・あり 住民票: 同一・別

● 性生活について

▪ 性交渉の回数 1ヶ月に(2~3)回	▪ 妊活期間 約(1)年(2)ヶ月
▪ 性交渉に伴う問題点 (なし・あり) 性交痛・勃起不全・射出困難・日程調整が困難・その他()	

● 月経について

▪ 初潮(12)歳	▪ 最終月経 (1)月(15)日~	▪ 出産後の方 産後初回の月経開始日(20△△)年(5)月~
▪ 月経周期 通常(28)日周期 短い時(26)日周期 長い時(32)日周期	順調・ほぼ順調・不順	
▪ 月経量 少ない・普通・多い → 血の塊がでることがあるか : (なし・時々出る・いつも出る)		
▪ 月経痛 (なし・あり) → 鎮痛剤 : (のまない・時々のみ・いつものみ) 鎮痛剤名(△△△)		
▪ 帯下(おりもの)について気になること (なし・あり) → (におい・色・その他)		

※月経周期は前回の月経開始日から次回の月経開始前日までの日数です。

● これまで下記の病気にかかったことはありますか？あれば病名と治療・内服状況を記入してください。

▪ 乳腺疾患 (病名: 乳がん)	・いつから(西暦 20△△ 年 5 月頃)	・手術 未済 (西暦 20△○ 年 7 月)	・手術をした病院(○○病院)
	・現在の状況(右乳房切除 1年に1回診察 右腕で血圧測定・採血は禁止)		
▪ 子宮筋腫	・いつから(西暦 20△○年 2 月頃)	・手術 未済 (西暦 20△○年 4 月 腹腔鏡・開腹)	・手術をした病院(□□病院)
▪ 子宮内膜症	・いつから(西暦 20△○年 2 月頃)	・手術 未済 (西暦 20△○年 4 月 腹腔鏡・開腹)	・手術をした病院(□□病院)
▪ 卵巣腫瘍 (病名: 皮様嚢腫)	・いつから(西暦 20△○年 2 月頃)	・手術 未済 (西暦 20△○年 4 月 腹腔鏡・開腹)	・手術をした病院(□□病院)
▪ 子宮頸がん・体がん・異形成	・いつから(西暦 20△△ 年 5 月頃)	・治療・検査を受けている病院(○○病院)	・現在の状況(半年に1回検査)
▪ 甲状腺疾患 精神科・心療内科 喘息 緑内障 免疫疾患 心疾患 高血圧 糖尿病 消化器疾患 肝疾患 脳神経・血管疾患 その他			
・橋本病で□□クリニックに通院している。○○○を服用している。次回は△月に受診の予定。 ・パニック障害で○年前から心療内科通院 ○○の処方あり(頓服薬)			

● 相談内容に○をしスタッフに伝えたい事があればご記入ください

▪ 不妊治療・不育検査・その他(下記に記入してください)
二人目妊娠希望 しばらく人工授精を行いたい。体外受精も考えている。

問診票（女性用）②

● 妊娠歴 : なし・**あり** ありの方は当てはまるものに○と記入してください。

妊娠の経緯	妊娠の経過	出産方法	出産月	妊娠中の合併症	備考欄
・自然妊娠 ・不妊治療 (方法: 人工授精)	・分娩・子宮外妊娠 ・ 流産 ・死産・中絶 (手術等: 自然に出た)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由:)	年 月 ()g 男・女	なし・あり ()	
・自然妊娠 ・ 不妊治療 (方法: 人工授精)	・ 分娩 ・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶 (手術等:)	・経膈分娩 ・ 帝王切開 (理由: 逆子)	20○□年 12月 (3200)g 男 ・女	なし・ あり (妊娠高血圧症)	
・自然妊娠 ・不妊治療 (方法:)	・分娩・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶 (手術等:)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由:)	年 月 ()g 男・女	なし・あり ()	
・自然妊娠 ・不妊治療 (方法:)	・分娩・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶 (手術等:)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由:)	年 月 ()g 男・女	なし・あり ()	
・自然妊娠 ・不妊治療 (方法:)	・分娩・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶 (手術等:)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由:)	年 月 ()g 男・女	なし・あり ()	
・自然妊娠 ・不妊治療 (方法:)	・分娩・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶 (手術等:)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由:)	年 月 ()g 男・女	なし・あり ()	

人工妊娠中絶: **なし**・あり () 回 (可能な範囲で記入してください)

※ 最後に出産してからの断乳日 (20△△)年 (4)月頃

● 他院での検査 **なし**・**あり** 現在までに受けた検査・治療をすべて記入をしてください。(1人目の治療時も含む)

内容	実施状況	病院名	年月	結果	異常のあった項目・処方・処置 等
血液検査	あり なし	○○ クリニック	西暦 20△□年 1月	異常なし 異常あり	ブライダルチェックを受けた。 TSHが高かったので専門のクリニックをすすめられた。 ○○○を服用している
卵管造影 通水検査 ↑ (実施した方へ○を)	あり なし	○○ クリニック	西暦 20△□年 3月	異常なし 異常あり	・つまっている → 右 左 左右 → 内視鏡手術 ・狭い ・癒着がある ・腫れている ・ あり → ・ 卵管鏡 ・なし ・ 腹腔鏡
その他 ()			西暦 年 月	異常なし 異常あり	

● 他院での治療歴 **なし**・**あり** ありの方は当てはまるものに記入をしてください。

病院名	治療期間	内容	治療回数・使用薬剤 (排卵誘発剤など)
○○ クリニック	西暦 20△□年 2月から 20△□年 4月まで	自然排卵タイミング法	(3) 回くらい
同上	西暦 20△□年 5月から 20△□年 8月まで	排卵誘発タイミング法	(4) 回くらい 使用した薬剤名 (□□□)
同上	西暦 20△□年 9月から 20△□年 11月まで	人工授精	(3) 回くらい

● 他院での体外受精・顕微授精歴 **なし**・**あり** ありの方は紹介状が必要です。
ありの方で保険で治療を行っていた場合、保険回数に記載された紹介状が必要です。

