

問 診 表

記入年月日

年 月 日

下記についてご記入ください。裏表面とも必要になります。

フリガナ
奥様のお名前 () 才 生年月日 S・H 年 月 日

自宅住所 〒 自宅電話 () -

Bp (/) 職業 携帯電話 () -

身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 Rh ()

フリガナ
御主人のお名前 () 才 生年月日 S・H 年 月 日

携帯電話 () -

職業

血液型 () 型 Rh ()

* 緊急時には、電話や郵送などで連絡をとらせていただく場合がございます。

1 ご希望の治療内容

- a タイミング法 b 人工授精 c 体外受精 d 顕微授精 e その他 ()

2 当院受診の動機

- a 他医の紹介による (病院、医師名:)
b 新聞、雑誌で (誌名)
c 知人の紹介
d ホームページ
e インターネット広告 (yahoo)
f インターネット広告 (Google)

3 あなたの月経について

- ① 初潮は () 才のとき
② 月経は順調にありますか 順調 不順
③ 月経は何日型で、何日続きますか。 () 日型で () 日間続く
④ 月経のとき痛みますか はい いいえ
⑤ 月経の量は多いですか 多 中 少
⑥ 月経中に血塊 (かたまり) がありますか はい いいえ
⑦ 最近の月経はいつから始まりましたか () 月 () 日より () 日間

- 4 結婚 S・H 年 月 (才のとき)
再婚 S・H 年 月 (才のとき : 離婚 才のとき)
同棲 S・H 年 月 (才のとき)

5 妊娠を希望してから何年になりますか () 年

6 妊娠したことはありますか はい いいえ

| | 1 S・H 年 月 | 2 S・H 年 月 | 3 S・H 年 月 |
|-------|--------------|--------------|--------------|
| 出産 | 男・女 g 週 健・否 | 男・女 g 週 健・否 | 男・女 g 週 健・否 |
| 流産 | 週 | 週 | 週 |
| 子宮外妊娠 | 週 | 週 | 週 |

<裏面もご記入ください>

7 今までかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 ・病気 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
 ・手術 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
- ② 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ
 ・治療の内容は () ・内服中の薬は ()
 () ()
- ③ 今まで使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・薬品名は () ・症状は ()
 () ()
- ④ 喘息など、アレルギー体質がありますか はい () いいえ
- ⑤ 今までに血が止まりにくかった経験はありますか はい () いいえ
- ⑥ 最近、子宮癌検診を受けましたか はい (年 結果) いいえ
- ⑦ 性感染症にかかったことがありますか はい () いいえ
- ⑧ 飲酒の習慣はありますか はい (程度) いいえ
- ⑨ 喫煙の習慣はありますか はい (本/日) いいえ

8 今までの不妊治療 なし
 あり 期間 (年) 不妊の原因がわかれば記入 ()

一般治療

- ・タイミング法 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・排卵誘発剤投与 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・子宮卵管造影 なし あり (結果) 施設名 ()
- ・人工授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()

- 体外受精 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- 顕微授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- 凍結胚移植 なし あり (回数 回) 施設名 ()

9 御主人について

- ・健康ですか はい いいえ
- ・今までかかった病気はありますか はい () いいえ
- ・精液検査をしたことがありますか はい (結果) いいえ
 (施設名)

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください