

問診票

ふりがな		生 年 月 日
本人氏名		S ・ H 年 月 日 歳
住 所	〒	
TEL		携 帯 電 話
職業・職種 (	)	フルタイム ・ パート ・ 専業主婦
ふりがな		生 年 月 日
夫 氏名		S ・ H 年 月 日 歳
職業・職種 (	)	

この問診票は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません。

- 1) あなたの現在の身長は_____cm 体重は_____kg
- 2) 月経は順調ですか。
- ① 順調・不順 (月経周期 _____ 日型) _____
- 出血量 (多い・ふつう・少ない) レバー状の血塊 (無 ・ 有) _____
- ② 月経時の苦痛 無 ・ 有 (腰痛・腹痛 が生理前・1～2日目・ _____)
- ③ 初潮 (_____ 歳 ④ 最終月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- 3) 過去に大きな病気、手術等の既往がありましたらご記入下さい。(有 ・ 無) _____
- 例 : 子宮筋腫、虫垂炎など (_____) _____
- 4) アレルギーのある方はご記入下さい。(有 ・ 無) _____
- 薬品名 (_____) 症状 (_____)
- 食べ物 (_____) 症状 (_____)
- 5) 過去に婦人科の診察を受けたことがありますか。(有 ・ 無) _____
- どのようなことで受診されましたか (_____ 歳頃)
- ・子宮ガン検診 ・不正出血 ・膣炎・おりもの ・妊婦健診
- ・その他 _____
- 6) 現在、感染症がありますか。(有 ・ 無 ・ 調べていません)
- B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 結核 ・ 梅毒 ・ その他(_____)
- 7) ご兄弟、ご家族の中に特別な病気や双生児を出産された方がいますか。(有 ・ 無) _____
- 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 癌 (_____) ・ 脳卒中 ・ 肝炎 ・ 結核 ・ 精神病
- ぜんそく ・ ホルモン異常 ・ 染色体異常 ・ その他(_____)
- 8) 嗜好品はありますか。
- (タバコ: _____ 本/日) (酒類: _____ /日 ・ 週)

不妊外来問診票

★この問診票は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません。★

氏名 _____

1) 結婚されてますか。 未婚 ・ 既婚 (再婚の方も詳細にお書き下さい。)

① 結婚されたのはいつですか。 S ・ H _____ 年 (_____) 歳 (_____ 回目)
夫 (_____ 回目) 子供 (無 ・ 有 _____ 人)

② 避妊期間 (無 ・ 有) (_____ 年 _____ 月)

③ 不妊期間 (_____ 年 _____ ヶ月)

④ 夫婦生活(性生活)について _____ 回数 (_____ 日 ・ 週 ・ ヶ月) に一度

⑤ 毎月、排卵日と思われる頃に性交渉を行っていますか。 (無 ・ 有)

⑥ 性交痛がありますか。 (無 ・ 有)

2) 自覚症状について _____ しぼるとお乳が出る ・ 性交痛 ・ 手のふるえ ・ 体重の急激な増減
その他 (_____)

3) 妊娠の経験についてご記入下さい。

① 妊娠されたことがありますか。 (無 ・ 有) _____ 回 _____ 歳 _____ 歳 _____ 歳

② 分娩されましたか。 (無 ・ 有) _____ 回

出産日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (男児 ・ 女児) (_____ g)

正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 早産 (_____ 週 _____ 日) ・ 死産

出産日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (男児 ・ 女児) (_____ g)

正常分娩 ・ 帝王切開 ・ 早産 (_____ 週 _____ 日) ・ 死産

※ 妊娠中、分娩時、出産後何か問題がありましたか。 (無 ・ 有)
(_____)

③ 流産されたことがありますか。 (無 ・ 有) _____ 回
_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 週 _____ 日)、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 週 _____ 日)

※ 流産後何か問題がありましたか。 (無 ・ 有)
(_____)

4) この半年間で体重の変化はありますか。 ない ・ _____ kg 増 ・ _____ kg 減

5) 基礎体温をつけていますか。 いいえ ・ はい (二相性 ・ 一相性)