

外来問診票(初診)

ID: _____

初診日: 20____年____月____日

下記の質問にお答え下さい。なお、不明な点は直接、職員にお尋ね下さい。裏面もございます。

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 _____ 歳

1) 身長: _____ cm 体重: _____ kg ご職業: _____

2) 喫煙歴: あり(1日 ____ 本)・ なし ・ 辞めたアルコール摂取: (毎日 / 時々 / なし)

3) これまでに下記のような病気にかかったことがありますか?(重複可)

 なし がん(____) 結核 糖尿病 心疾患(____) 高血圧 喘息(最終発作 ____ 才) 腎疾患(____) リウマチ 甲状腺疾患(____) 肝疾患(____) 精神疾患 子宮筋腫 クラミジア 淋病 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 鼠径ヘルニア その他(____)

4) お薬について

・ 現在、内服している薬はありますか? ない・ある(薬名 _____)

・ 内服薬や注射でアレルギーを経験したことはありますか?

→ ない・ある(いつ頃: _____ 年 ____ 月 ____ 日 薬名: _____)

(症状: _____)

・ 薬品以外で下記のアレルギーを経験したことがありますか?

→ ない・ある(アルコール ゴム 金属 ラテックス 食べ物)

5) 手術の経験はありますか? ない ・ ある(ある方は下記を記入下さい)

_____ 年 ____ 月 ____ 日 病院名: _____

手術名もしくは内容: _____

家族歴: _____

→(兄弟姉妹の不妊症の有無、早発閉経の有無、先天性疾患の有無等、ご記載ください)

6) 結婚について

結婚(西暦 年 月 日) 再婚(西暦 年 月 日)

夫婦別姓 事実婚 未婚(西暦 年 月 日)入籍予定

7) 月経について

・初経()歳 ・月経周期 日～ 日 ・月経期間 日間

・最終月経 月 日 ・月経量(多量・中等量・少量)

・月経痛(鎮痛剤が必要・不要) ・排便痛(あり・なし)

8) 妊娠歴及び分娩歴について(流産や異所性妊娠を含む)

	年齢 年(西暦)	妊娠週数	分娩経過	性別	出生体重	不妊治療歴
1	歳 年	週	正常分娩・帝王切開 死産・流産 ・早産・中絶	男・女	g	有 () 無
2	歳 年	週	正常分娩・帝王切開 死産・流産 ・早産・中絶	男・女	g	有 () 無
3	歳 年	週	正常分娩・帝王切開 死産・流産 ・早産・中絶	男・女	g	有 () 無
4	歳 年	週	正常分娩・帝王切開 死産・流産 ・早産・中絶	男・女	g	有 () 無
5	歳 年	週	正常分娩・帝王切開 死産・流産 ・早産・中絶	男・女	g	有 () 無

9) 不妊期間(避妊を行っていない期間)： 年 ヶ月

・避妊期間：ない・ある(理由)

・性交渉は定期的にある はい(月 回程度) ・ いいえ

・性交渉に支障がある はい ・ いいえ

→はいの方について 勃起不全・性交痛・その他()

10)不妊症検査・治療歴

該当するものにチェックを入れてください(今回の挙児希望からの検査、治療についてお答えください)

治療歴

治療法	回数	病院名
<input type="checkbox"/> タイミング法	なし / あり(回)	
<input type="checkbox"/> 人工授精	なし / あり(回)	
<input type="checkbox"/> 高度生殖補助医療	なし / あり	
	採卵回数： 回	
	移植回数： 回	
	(保険での移植回数 回)	
<input type="checkbox"/> 手術療法	なし / あり(年) (手術名:)	
<input type="checkbox"/> その他		

不妊症検査歴

検査	検査日 (西暦)	病院名	検査結果
<input type="checkbox"/> 精液検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> フーナー検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 卵管造影検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 通水検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> クラミジア検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 子宮頸癌検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 不育症検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> ホルモン検査	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 抗ミュラー管ホルモン	年		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体	年		異常なし・異常あり ()

