

問診票

ご住所〒

ふりがな

お名前

様 才 TEL

携帯電話

I. どうなさいましたか(本日、受診される理由に○をつけて下さい)

- (1) 不妊相談 当院での希望 (検査のみ・人工授精・体外受精も考える・流産の検査と治療)
他院での治療歴 (なし・一般不妊検査・人工授精・体外受精・顕微授精・その他)
- (2) 不正出血がある (赤・茶・多・少) (3) 月経の異常 (不順・量・痛み) (4) 月経が止まった、遅れている
- (5) おなか・腰が痛い (6) 癌 (子宮癌・卵巣癌・その他) が心配 (7) おりものが多い (白・黄・緑) (8) 陰部がかゆい
- (9) 子宮筋腫、卵巣腫瘍等があるといわれた (10) 排尿時の痛み、頻尿等 (11) 肩凝りや発汗、頭痛、イライラ等
- (12) 避妊相談 (ピル・リング) (13) その他 ()
- 印の症状はいつ頃からですか 月 日頃

II. あなたの月経について

- (1) 初めての月経は何才でしたか ()才、閉経の方は ()才頃閉経
- (2) 一番最近の月経はいつでしたか 年 月 日から ()日
- (3) ふだんの月経は順調ですか (はい・いいえ) (4) 順調の方はだいたい何日ごとに来ますか ()日位
- (5) 月経はだいたい何日間位ありますか ()日間位 (6) あなたの月経の量は[普通・多い(血の固まりが出る)・少ない]と思う
- (7) 月経の時、お腹や腰が痛みますか [はい(強い・中等・弱い)・いいえ]
- (8) 月経の時、他に体の具合が悪くなりますか [はい()・いいえ]

III. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- (1) 結婚していますか [はい (昭・平 年 月) ・いいえ]
- (2) 未婚の方は SEX の経験はありますか (はい・いいえ)
- (3) 今まで妊娠したことがありますか (はい・いいえ)
- (4) 妊娠したことがある方は次にお答え下さい
- | | | | | | |
|----|---|----|----|----|---|
| 分娩 | 回 | 年、 | 年、 | 年、 | 年 |
| 流産 | 回 | 年、 | 年、 | 年、 | 年 |
| 中絶 | 回 | 年、 | 年、 | 年、 | 年 |
- その他(子宮外妊娠、胎状奇胎等)

IV. あなたのご職業は ()

あなたの 身長 ()cm, 体重 ()kg, 血液型 (A・B・O・AB) Rh (+・-)

V. 今までにかかった病気、受けた手術について

- (1) 大きな病気になった ()才頃 病名 () (2) 手術 ()才頃()
- (3) 乳腺疾患を指摘されたことがありますか(ある)才頃・ない)
- (4) 薬のアレルギーはありますか (はい・いいえ・わからない)
何の薬ですか ()
- (5) たばこは吸いますか (はい 一日 本程度・いいえ)

VI. ご家族について

- (1) 夫の年齢は ()才, 現在健康ですか はい・いいえ ()
- (2) ご家族の方で病人は ない・ある ()

VII. この病院のことを何でお知りになりましたか (複数可)

- (1) 知人に教えられて (2) 他医からの紹介 (3) 本の紹介記事で読んだ (4) 電話帳で見て
- (5) 地下鉄アナウンス (6) 新聞のチラシ (7) 看板広告 (8) インターネットで

* 記入が終わりましたら受付までお出してください

* 他院で治療歴のある方で資料をお持ちの方、または紹介状をお持ちの方も問診票とあわせてお出してください