

問診票

ご住所 〒

ふりがな

お名前

様

歳

TEL

携帯電話

①本日、受診された理由に○をお願いいたします

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) ・緊急避妊
13. がん検診
14. その他 ()

○印の症状はいつ頃からですか 月 日頃

②月経について

1. 初めての月経は何歳でしたか () 歳、閉経の方は () 歳頃閉経
2. 一番最近の月経はいつでしたか 年 月 日から () 日間
3. ふだんの月経は順調ですか (はい・いいえ)
4. 順調の方は何日ごとに来ますか (日) 位
5. 月経は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)
7. 月経時や前後に、お腹や腰が痛みますか (はい (強い・中等・弱い) ・いいえ)
8. 月経時や前後に、他に体の具合が悪くなりますか (はい () ・いいえ)

③結婚、妊娠、分娩について

1. 結婚していますか (はい (年 月) ・いいえ・事実婚)
2. 未婚の方はSEXの経験はありますか (はい・いいえ)
3. 今までに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ください
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・胞状奇胎等)

④ご職業等

1. あなたのご職業は ()
2. 身長 (cm) ・体重 (kg)
3. 血液型 (A・B・O・AB) Rh (+・-)

⑤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・手術を受けた (歳頃 病名: 手術名: いつ頃:)
2. 乳腺疾患を指摘されたことはありますか (はい (病名:) ・いいえ)
3. 薬のアレルギーはありますか (はい () ・いいえ)
4. 喘息の既往はありますか (はい・いいえ)
5. 内服されている薬があれば教えてください ()
6. たばこは吸いますか (はい (1日 本) ・いいえ)

⑥ご家族について

1. ご家族の方で病気の方はいらっしゃいますか (いいえ・はい ())
2. 夫の年齢 (歳) 健康ですか (はい・いいえ ())

⑦このクリニックのことを何でお知りになりましたか (複数可)

1. 知人に教えてもらった
2. 他医からの紹介
3. 本の紹介記事
4. 地下鉄アナウンス
5. 看板広告
6. ホームページ
7. ブログ
8. Youtube
10. その他 ()

* 記入が終わりましたら受付までお出しください

* 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ください