

問診シート(特殊)

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 (____才)
 職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型 Rh _____
 結婚 未婚 初婚 再婚 昭和・平成 ____年 ____月 離婚 昭和・平成 ____年 ____月

1. ご来院の目的は何でしょうか？

- 体外受精などの高度生殖医療 当院の体外受精セミナー ____月 ____日参加済
他の病院からの依頼注射（紹介状が必要です）
タイミング指導や人工授精などの一般不妊治療（紹介状が必要です）
その他 _____

2. 紹介状はありますか？

- ない ある（受付へ提出してください）

3. 基礎体温表についてお答えください。

- 持参した 測っているが、持参しなかった 測っていない

4. 妊娠・生理についてお答えください。

1) 妊娠されたことがありますか？ ない ある

妊娠 ____回, 分娩 ____回, 早産 ____回, 死産 ____回, 人工流産 ____回, 自然流産 ____回
 子宮外妊娠 ____回, 胎状奇胎 ____回

昭和・平成 ____年 ____月(____才) 分娩・早産・流産(自然・人工)・子宮外妊娠・胎状奇胎

昭和・平成 ____年 ____月(____才) 分娩・早産・流産(自然・人工)・子宮外妊娠・胎状奇胎

昭和・平成 ____年 ____月(____才) 分娩・早産・流産(自然・人工)・子宮外妊娠・胎状奇胎

2) 初経 ____才 3) 生理の周期は 規則的 ____~ ____日型 不規則 ____~ ____日型

4) 生理の出血期間は ____日間ぐらい 5) 出血量は 多い 普通 少ない

6) 生理痛は 強い 普通 無いまたは弱い

7) 一番最近の生理は、平成 ____年 ____月 ____日より ____日間

それはいつもの生理と同じでしたか？ はい いいえ

8) その前の生理は、平成 ____年 ____月 ____日より ____日間

5. 過去に他の病院で不妊の相談・検査・治療を受けたことがありますか？

- ない ある

昭和・平成 ____年 ____月~昭和・平成 ____年 ____月 病院 _____

昭和・平成 ____年 ____月~昭和・平成 ____年 ____月 病院 _____

昭和・平成 ____年 ____月~昭和・平成 ____年 ____月 病院 _____

6. 過去に他の病院で不妊の検査を受けたことがある方はご記入ください。

	時期	病院	結果
<input type="checkbox"/> 超音波検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 卵管通水検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 卵管通気検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 一般精液検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> 頸管粘液検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> ヒューナーテスト	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> クラミジア検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> ホルモン検査	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> ホルモン負荷試験	昭和・平成 ____年 ____月頃	_____	_____
<input type="checkbox"/> その他 _____			

裏面も必ずご記入ください

日付 _____

7. 過去に他の病院で不妊の治療を受けたことがある方はご記入ください。

	周期	病 院
<input type="checkbox"/> タイミング指導	_____	_____
<input type="checkbox"/> 排卵誘発 (経口・注射)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 人工授精	_____回	_____
<input type="checkbox"/> 体外受精・GIFT	_____回	_____
<input type="checkbox"/> 腹腔鏡・子宮鏡	昭和・平成____年____月頃	_____
<input type="checkbox"/> その他	_____	_____

8. 過去の病気・手術についてお答えください。

1) 過去に子宮癌または乳癌検診などで異常を指摘されたことがありますか？

ない ある

	時 期	病 院	結 果
子宮頸癌検診	昭和・平成____年____月頃	_____	_____
子宮体癌検診	昭和・平成____年____月頃	_____	_____
乳癌検診	昭和・平成____年____月頃	_____	_____

2) 今まで婦人科疾患を指摘されたことがある方はご記入ください。

昭和・平成____年____才 _____
昭和・平成____年____才 _____

3) 今までに内科疾患にかかったことがある方はご記入ください。

昭和・平成____年____才 _____
昭和・平成____年____才 _____

4) 今までに手術を受けたことがある方はご記入ください。

昭和・平成____年____才 _____
昭和・平成____年____才 _____

9. アレルギーについてお答えください。 例；食物，薬剤（特に抗生剤）

ない ある（具体的にご記入ください）

10. ご家族が病気にかかったことがある場合，具体的にご記入ください。

例；父、母、兄、弟、姉、妹 / 高血圧・糖尿病・心臓病・癌・アレルギーなど

11. 初診の方へ子宮頸癌検診をお勧めしております。

希望する

希望しない

最近受けた 平成____年____月頃 結果_____

近々受ける予定がある

12. 診察の際に，特に希望されることがありましたらお書きください。

受付へ提出してお待ちください

幸町 I V F クリニック

特 010-4