

問 診 表

記入日 年 月 日

カルテ ID: _____

ふりがな

名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 月 日 歳

〒 _____ 住所 _____

本人携帯 _____ : 夫携帯 _____

職業 _____ 身長 _____ cm : 体重 _____ kg (スタッフ記入: BMI _____)

1. どうなさいましたか。(□にチェックをつけてください) (BP _____ / _____ :P _____)
- 子供が出来ない
- その他 (_____)

2. 月経について

- ①初めての月経はいつですか。 _____ 歳の時
- ②最終月経はいつですか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- ③月経は順調ですか _____ はい (_____) 日型 ・ いいえ
- ④何日間ありますか。 _____ (_____) 日間
- ⑤量はどの位ですか。 _____ 多い ・ 普通 ・ 少ない
- ⑥月経痛はありますか。 あり なし
- ⑦基礎体温表をつけていますか。 あり なし

3. 結婚、妊娠について

- ①セックスの経験はありますか。 あり なし
- ②結婚したのはいつですか。 _____ 年 _____ 月 (初婚・再婚) ・ 未婚
- ③子供を望んでどの位たちますか。 _____ 約 _____ 年 _____ ヶ月位
- ④妊娠した事がある方は記入をしてください。(出産、流産、中絶等)

年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

4. ①下記に指摘された病気はありますか？

- 喘息 (最終発作: _____ 歳) 高血圧 心疾患 腎疾患 肝疾患
- 自己免疫性疾患 血液疾患 消化性潰瘍 炎症性腸疾患
- 直腸・痔疾患 糖尿病 甲状腺疾患 緑内障
- てんかん 精神疾患 脳梗塞 脳内出血 悪性腫瘍 血栓症
- 性感染症 その他

②手術を受けたことがありますか？ あり (_____ 年 _____ 月) なし

③輸血を受けた事がありますか。 あり (_____ 年 _____ 月) なし

④薬や注射などで副作用 (アレルギー) を起こしたことはありますか。
 あり (薬品名: _____ 症状: _____) なし

5・ご自分の両親あるいは兄弟姉妹に以下の病気を現在もしくは過去に持った方がいますか？

- いない 高血圧 糖尿病 静脈血栓塞栓症
その他の遺伝性疾患（病名： _____ ）

6・現在飲んでいる薬はありますか。
あり（ _____ ） なし

7・現在飲んでいるサプリはありますか。
あり（ _____ ） なし

8．タバコを吸いますか。 吸わない 吸う（ _____ 本／日）

9．①子宮頸がん検査を受けた事がありますか。 あり（ _____ 年 _____ 月） なし

②乳がん検診を受けた事がありますか。 あり（ _____ 年 _____ 月） なし

10．下記の不妊治療および検査を受けた事がありますか。

① 卵管造影検査（または通水検査）を受けた事がありますか。 あり なし
 右（正常・閉塞・狭窄・その他 _____）
 左（正常・閉塞・狭窄・その他 _____）

② 精液検査を受けた事がありますか。 あり なし
 精液量（ _____ ）ml 濃度（ _____ ）万/ml 運動率（ _____ ）%
 （正常・異常）

③ ヒューナーテスト（性交後検査）を受けた事がありますか。 あり なし
 （良好・不良）

④ タイミング法を受けた事がありますか。 あり（ _____ 回） なし

⑤ 人工授精を受けた事がありますか。 あり（ _____ 回） なし

⑥ 体外受精を受けた事がありますか。 あり（ _____ 回） なし

	①体外受精 ②顕微授精	刺激法	採卵数	受精卵数	①分割胚移植 ②胚盤胞移植 ③凍結胚移植	移植胚数	凍結胚数	妊娠の有無
年 月								
年 月								
年 月								
年 月								

■あなたの夫・パートナーについて

ふりがな

名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

職業 _____

①結婚について _____ 初婚 ・ 再婚

②今までにかかった病気はありますか。 あり（ _____ 年 _____ 月 _____ ） なし

③タバコを吸いますか。 吸わない 吸う（ _____ 本／日）