

## 問診票（赤ちゃんご希望治療・女性用）

この問診票は診療目的以外では使用することはありません。お分かりになる範囲で構いませんのでなるべく詳しくお書きください。また個人情報厳正に守秘いたします。

### 1) 患者様本人について

ふりがな お名前	血液型 _____ 型	ご職業
住 所	〒	生年月日
		年 月 日 ( 歳 )
		電話番号
		( )
		携帯番号
		( )

- ・ ご結婚されたのはいつですか？ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )
- ・ 避妊されていた期間はありますか？ ( いいえ あり \_\_\_\_\_ 年くらい )
- ・ 現在まで、不妊症で専門の医療機関に受診しましたか？  
( はい 通院期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ・ いいえ )
- ・ 現在も通院中ですか？  
はい  
いいえ ( 中断している 通院をやめた 転院を考えている 当分医療機関に受診するつもりはない )

### 2) これまでの治療歴についてお尋ねします (通院・治療歴のない方は省略してください)

受診した医療機関名		
基礎体温	あればお持ちください	
超音波検査	検査なし	異常なし・異常あり( )
クラミジア感染症	検査なし	異常なし・異常あり( )
血液検査	検査なし	異常なし・異常あり( ) (検査項目: )
フーナーテスト(性交後検査)	検査なし	異常なし・異常あり( )
子宮卵管造影検査	なし	異常なし・異常あり( )
通気検査・通水検査	なし	異常なし・異常あり( )
タイミング療法	なし	時期や回数( )
人工授精	なし	時期や回数( )
体外受精・顕微授精	なし	時期や回数( )
その他 (ご自由にご記入ください)		

### 3)過去の妊娠歴についてお尋ねします

・今まで妊娠したことはありますか？（いいえ・はい）

はいとお答えの方は下の表にその経過をご記入ください

年齢	妊娠の経過					産後の経過	
	正常	流産	中絶	子宮外妊娠	その他	正常	異常

### 4)現在のお体の状態、月経の状態についてお尋ねします

・月経は周期的に来潮しますか？（はい・いいえ）（周期 日 ~ 日）

・時に月経の遅れが1~2ヶ月以上になることはありませんか？（はい いいえ）

・月経量は？（多い 血のかたまりが出る 以前より多くなった ふつう 少ない 以前より少なくなった）

・月経時以外に、出血や赤い色の付いたおりものはありますか？（ない、ときどきある、常にある）

・痛み止めを使用することがありますか？（いいえ・はい）はいとお答えの方は薬の名前（\_\_\_\_\_）

・月経時に、生理痛以外にお体に苦痛などの異常はありますか？（あり なし）

ある方は、症状をお書きください（\_\_\_\_\_）

・月経の前数日から、お体に苦痛などの異常はありますか？（あり なし）

ある方は、症状をお書きください（\_\_\_\_\_）

・月経中、または前後に精神的に、

（気分が落ち込む、うつ状態になる、イライラする、攻撃的になる、特に異常はない）

・乳汁が出ることがありますか？（いいえ はい） ・足や腰、お腹に冷えを感じますか？（いいえ はい）

・ストレスを感じますか？（いいえ・はい）

差し支えない範囲で具体的に（\_\_\_\_\_）

・ご家族、ご親戚の方に、糖尿病の方はいらっしゃいますか？（あり なし）

・時に月経の遅れが2ヶ月以上になることはありませんか？（あり なし）

・ニキビ、吹き出物が出ることはありませんか？（常にあり ときどきあり、なし）

### 5)ライフスタイルについてお尋ねします

・毎晩の飲酒は？（いいえ はい・酒量\_\_\_\_\_） 飲酒歴は？（\_\_\_\_\_年）

・喫煙は？（いいえ はい\_\_\_\_\_本/日） 喫煙歴は？（\_\_\_\_\_年）

・就寝時刻・起床時刻は？（就寝時刻：\_\_\_\_\_ 起床時刻：\_\_\_\_\_）

・いつも寝不足気味と感じてはいませんか？（はい いいえ）

### 6)ご夫婦間についてお尋ねします

・お子様を望んでいらっしゃるの？（複数回答可）（妻 夫） それ以外（\_\_\_\_\_）

・一ヶ月あたりの性交渉の回数は？（ほとんどない ・ \_\_\_\_\_回）

・性交渉が痛みやそのほかの理由で辛いと感じませんか？（はい いいえ）

はいとお答えの方は、差し支えない範囲で理由をお答えください

（\_\_\_\_\_）

**7)ご主人様についてお尋ねします**

- ・年齢 \_\_\_\_\_ 歳      身長 \_\_\_\_\_ Cm      体重 \_\_\_\_\_ Kg      ご職業 \_\_\_\_\_      血液型 \_\_\_\_\_ 型
- ・精液検査をされたことはありますか？    いいえ    はい（時期および結果 \_\_\_\_\_）
- ・そけいヘルニアの手術を受けられたことはありますか？    （    いいえ    はい    ）
- ・流行性耳下腺炎（おたふく風邪）にかかったことがありますか？    （    いいえ    はい・時期 \_\_\_\_\_ 歳）
- ・毎晩の飲酒は？    （    いいえ    はい・酒量 \_\_\_\_\_ ）    ・喫煙は？    （    いいえ    はい \_\_\_\_\_ 本／日）

**8)ご懐妊、ご出産を目指してどのような治療をお望みでしょうか？(複数回答可)**

- ・自然妊娠したい      ・人工受精の成功率を上げたい      ・体外授精の成功率を上げたい
- ・流産の予防をしたい      ・安産を目指したい
- ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

**9)当院での治療に際して、ご意見やご要望があればお書きください**

---

---

---

---

**10)当院ご来院について、ご紹介者様がいらっしゃればお書きください**

- ・ない    あり（ \_\_\_\_\_ 様）

※問診の際、ご主人同席でも可能です。

以下、当院使用欄

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---