

問 診 票

提出年月日 年 月 日

フリガナ

奥様のお名前 () 才 生年月日 S・H 年 月 日

自宅住所 〒 自宅電話 () -

携帯電話 () -

職業

* ご夫婦のお名前は健康保険証にご記載の通りにご記入ください。

* 電話や郵送などで連絡をとらせていただく場合がございます。

身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 Rh ()

フリガナ

御主人のお名前 () 才 生年月日 S・H 年 月 日

(奥様と別居の場合は記入)

自宅住所 〒 携帯電話 () -

職業 血液型 () 型 Rh ()

※御主人の日本語のスキルについてお答えください。(御主人が外国人の場合)

・会話 : 日常会話なら可能 / 不可

・読解 : 仮名・漢字を読める / 不可

下記の1～10までのご質問についてご回答ください

1 ご希望の治療内容

a タイミング法 b 人工授精 c 体外受精 d 顕微授精 e その他 ()

2 当院受診の動機

a 他医の紹介による (病院、医師名 :)
b 新聞、雑誌で (誌名 :)
c 知人の紹介 ()
d ホームページ
e その他 ()

3 あなたの月経について

- ① 初潮は () 才のとき
- ② 月経は順調にありますか 順調 不順
- ③ 月経は何日型で、何日続きますか。 () 日型で () 日間続く
- ④ 月経のとき痛みますか はい いいえ
- ⑤ 月経時に痛み止めは使用されますか はい (薬品名 :) いいえ
- ⑥ 月経の量は多いですか 多 中 少
- ⑦ 月経中に血塊 (かたまり) がありますか はい いいえ
- ⑧ 最終月経はいつから始まりましたか () 月 () 日より () 日間

- 4 結婚 年 月 () 才のとき
- 再婚 年 月 () 才のとき : 離婚 才のとき
- 同棲 (未入籍の場合) 年 月 () 才のとき

5 妊娠を希望してから何年になりますか () 年

6 妊娠したことはありますか はい いいえ

	1 年 月	2 年 月	3 年 月
出産	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否
流産	週	週	週
子宮外妊娠	週	週	週

7 今までかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ① 病気になったり、手術を受けたりしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・病気 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
 ・手術 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
- ② 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ
 ・治療の内容は () ・内服中の薬は ()
 () ()
- ③ 今まで使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・薬品名は () ・症状は ()
 () ()
- ④ 喘息や、アレルギーはありますか はい () いいえ
- ⑤ 今までに血が止まりにくかった経験はありますか はい () いいえ
- ⑥ 最近、子宮癌検診を受けましたか はい (年 結果) いいえ
- ⑦ 性感染症にかかったことがありますか はい () いいえ
- ⑧ 飲酒の習慣はありますか はい (程度) いいえ
- ⑨ 喫煙の習慣がありますか はい (本/日) いいえ

8 今までの不妊治療

なし
 あり 期間 (年) 不妊の原因がわかれば記入 ()

一般治療

- ・タイミング法 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・排卵誘発剤投与 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・通水検査 なし あり (結果) 施設名 ()
- ・子宮卵管造影 なし あり (結果) 施設名 ()
- ・人工授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()

体外受精

- ・採卵 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・新鮮胚移植 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・凍結胚移植 なし あり (回数 回) 施設名 ()

保険診療での採卵術 なし あり (初回治療同意時の妻の年齢 歳)

保険診療での胚移植術 なし あり (実施回数 回) 施設名 ()

9 御主人について

- ・病気になったり、手術を受けたりしたことがありますか はい ・ いいえ
 - ・病気 () は () 才のとき
 - ・手術 () は () 才のとき
- ・現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ
 - ・治療の内容は () ・内服中の薬は ()
- ・精液検査をしたことがありますか はい (結果) いいえ
 (施設名)

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください