

問診票 (不妊外来)

年 月 日

妻氏名(ふりがな) (歳)	職業	夫氏名 (歳)	職業
-------------------	----	-------------	----

【妻の】	身長	cm	体重	kg	初めての生理	歳
最近の生理	月	日～	日		<input type="checkbox"/> いつも通り	<input type="checkbox"/> 異常あり
生理周期		日型	<input type="checkbox"/> 規則的		<input type="checkbox"/> 不規則	
生理の量	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 多い(固まりがでる)	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> わからない		
生理痛	<input type="checkbox"/> 強い	<input type="checkbox"/> 少しある	<input type="checkbox"/> ない			
結婚	歳	年	月	<input type="checkbox"/> 初婚	<input type="checkbox"/> 再婚	避妊 年 月まで
妊娠	回	流産	回(中絶	回・自然流産	回)	
分娩	回①	歳/ 妊娠	週/ 男・女	g/	<input type="checkbox"/> 経膈分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開(理由)
	②	歳/ 妊娠	週/ 男・女	g/	<input type="checkbox"/> 経膈分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開
妊娠中・分娩・お子さんの異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
今までに大きな病気や手術をしましたか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
治療中の病気、飲んでいる薬がありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
精神科または心療内科に受診したことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
血のつながっている人に、大きな病気はありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
1年以内に子宮がん検査を受けましたか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 受けた(年 月 正常・異常)				
風疹・B型肝炎・C型肝炎の検査をしていますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 検査結果あり				
診察や治療についてのご要望があれば教えてください。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				
たばこ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(本/日)		お酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
薬アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()				

【夫の】	身長	cm	体重	kg	EDなど	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
婚姻歴	<input type="checkbox"/> 初婚	<input type="checkbox"/> 再婚	(お子さんの有無: <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()人)			
精液検査	<input type="checkbox"/> 検査結果なし(本日の検査希望	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり)		<input type="checkbox"/> 検査結果あり(<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常)		
健康上の問題がありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()					
3ヵ月以内に高熱を出したことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()					
精神科または心療内科に受診したことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()					
風疹・B型肝炎・C型肝炎の検査をしていますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 検査結果あり					
たばこ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(本/日)		お酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
薬アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()					

不妊治療をしたことがある方はご記入ください	AMH	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()
不妊原因の説明	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	紹介状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
子宮卵管造影HSG	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常)	タイミング指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回)
性交後試験(ヒューナー)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常)	人工授精 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回)
子宮鏡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常)	体外受精 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回)
排卵誘発剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(薬)	顕微授精 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回)

保険診療を受けるための同意および申告

一般不妊治療を希望します 検査:採血、精液検査、卵管造影検査、子宮鏡検査、必要に応じ追加の精密検査
治療:タイミング指導または人工授精(必要に応じ排卵誘発(内服・注射)、誘起、黄体補充)

患者とパートナーは 婚姻関係です 事実婚関係です 重婚ではありません 出生児の認知を行う意向があります
同一世帯です (同一世帯ではありません。その理由:)

年 月 日 妻署名 夫署名