

問診票 (不妊外来)

年 月 日

妻の
-氏名 _____ (_____ 歳)
夫の
-氏名 _____ 夫の 昭 _____ 夫の
_____ 生年月日 平 _____ 年 月 日 (_____ 歳) 職業 _____

-身長 _____ cm 体重 _____ kg
 -今までに大きな病気や手術をしましたか? なし・あり(_____)
 -治療中の病気、飲んでいる薬がありますか? なし・あり(_____)
 -薬のアレルギーはありますか? なし・あり(薬 _____)
 -たばこ(なし・あり 本/日) -お酒 (なし・あり)
 -血のつながっている人に、大きな病気はありますか? なし・あり(_____)

-初めての生理 _____ 歳 最近の生理 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
 -生理は規則的ですか? 不規則・規則的(周期 _____ 日型:生理開始日から次の生理開始日までの日数)
 -生理の量 □ふつう □多い(固まりがでる) □少ない □わからない
 -生理痛 □強い □少しある □ない
 -結婚 _____ 年 月 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 /□経膈分娩 □帝王切開(理由 _____)
 _____ ② _____ 歳 /妊娠 _____ 週 /男・女 _____ g /□経膈分娩 □帝王切開
 -妊娠中、分娩、お子さんに異常はありましたか? なし・あり(_____)

-1年以内に子宮がん検査を受けましたか? いいえ・受けた(_____ 年 月)
 -診察や治療についてのご要望があれば教えてください。

ご主人またはパートナーについて
 -身長 _____ cm 体重 _____ kg -ED など(なし・あり) -婚姻歴(初婚・再婚)
 -健康上の問題がありますか? なし・あり(_____)
 -3ヶ月以内に高熱を出したことがありますか? なし・あり
 -薬のアレルギーはありますか? なし・あり(薬 _____)
 -たばこ(なし・あり 本/日) -お酒 (なし・あり)
 -B型肝炎・C型肝炎・風疹の検査をしていますか? なし・あり

不妊治療をしたことがある方はご記入ください(※保険治療で体外受精を予定する方は紹介状が必要です)

-医師から不妊原因の説明がありましたか? なし・あり(_____)
 -子宮卵管造影 HSG なし・あり(□正常 □異常)
 -精液検査 なし・あり(□正常 □異常)
 -性交後試験(ヒューナー試験) なし・あり(□正常 □異常)
 -子宮鏡(ヒステロスコピー) なし・あり(□正常 □異常)
 -排卵誘発剤 なし・内服・注射
 -タイミング指導 なし・あり(_____ 回)
 -人工授精 なし・あり(_____ 回)
 -体外受精 なし・あり(体外受精 _____ 回・顕微授精 _____ 回)