

問診票 (不妊外来)

年 月 日

<small>ふりがな</small> 妻氏名	妻年齢	歳	妻職業
夫氏名	夫年齢	歳	夫職業

【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	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	□なし □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(□正常 □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"/> 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 -医師から不妊原因の説明がありましたか？ -子宮卵管造影 HSG -性交後試験(ヒューナー試験) -子宮鏡(ヒステロスコープ) -排卵誘発剤 -タイミング指導 -人工授精 -体外受精 -顕微授精(ICSI)	紹介状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(□正常 □異常) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(□正常 □異常) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(□正常 □異常) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回)
--	-----	--