

## 問 診 票 (II)

年 月 日

氏名： 年齢： 歳 職業：

身長： cm 体重： kg

以下の項目について○または記入をして下さい。

1. 本日の来院目的 ※具体的なものがあれば ( ) 内に記入をして下さい。

- ・相談 ( )
- ・不妊一般検査のみ希望 ( )
- ・不妊治療希望 (検査含む) ( )

2. 婚姻について

- ・既婚 (婚姻年齢： 歳)：初婚・再婚
- ・未婚 (入籍予定：無・有)      ・事実婚： 年 月～

3. 月経について

- ・初経： 歳      ・月経周期： 日～ 日型
- ・持続期間： 日～ 日間      ・月経血量 (少・中・多量)
- ・月経痛： 無・有 (下腹部痛・腰痛・頭痛・その他： )
- ・鎮痛剤内服： 無・有
- ・一番最近あった月経： 月 日～ 日間

4. 既往妊娠・分娩について 無・有

人工妊娠中絶 (妊娠 12 週未満)	① 年 月 歳 施設名：
	② 年 月 歳 施設名：
流産 (妊娠 12 週～22 週未満 子宮内胎児死亡含む)	① 年 月 歳 施設名：
	② 年 月 歳 施設名：
	③ 年 月 歳 施設名：
子宮外妊娠	① 年 月 歳 施設名：
	② 年 月 歳 施設名：
分娩 (妊娠 22 週～)	① 年 月 歳 分娩様式：経膈分娩・帝王切開 施設名： 在胎週数： 週 児の体重： g (男・女)
	② 年 月 ( ) 歳 分娩様式：経膈分娩・帝王切開 施設名： 在胎週数： 週 児の体重： g (男・女)

5. 既往歴・手術その他について ※該当項目に○をし、いつ（年）どこで（施設名）  
どのような治療か記入をして下さい。
- 1) 産婦人科の病気：無・有（**子宮筋腫・卵巣腫瘍・子宮内膜症・クラミジア・子宮頸がん・  
その他：**                    **）**  
  .  
  .
  - 2) 産婦人科以外の病気：無・有（**心臓病・高血圧・糖尿病・内分泌疾患・脳外科疾患・  
精神科疾患・喘息・その他：**                    **）**  
  .  
  .
  - 3) 体質について  
  ①アレルギー：無・有（花粉症・アトピー性皮膚炎・その他：                    **）**  
  ②薬や注射（抗生剤・麻酔薬など）で蕁麻疹やショックなど：無・有
  - 4) 習慣について  
  ①現在の喫煙：無・有（1日に            本）      過去の喫煙：無・有  
  ②アルコール：飲まない・飲む（1週間に            回 量：                    **）**
6. 実の両親、兄弟姉妹の病気：無・有（誰がどのような病気か記入をして下さい）  
  .  
  .
7. 夫（パートナー）について  
  ①年齢：      歳            ②職業：  
  ③喫煙： 無・有            ④アルコール：飲まない・飲む  
  ⑤健康診断などで指摘された事：無・有（                    **）**  
  ⑥これまでの既往歴・手術歴：無・有（どのような病気か記入をして下さい。その他  
  生活の中で支障となっていること・悩んでいること等があれば記入をして下さい）  
  .  
  .  
  .
8. 不妊治療歴（検査歴）について      避妊：無・有（期間：      年      ヶ月）  
いつ（年）どこで（施設名）どのような治療（検査）か記入をして下さい。  
  .  
  .  
  .
9. その他、不妊（治療）について思うこと・感じたこと等ご自由にお書き下さい。