

＜女性問診票＞

※紹介状有り・無

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	ご年齢
氏名		S・H 年 月 日	
現住所	〒		職業
携帯電話		血液型 型 RH + / -	

ご結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (入籍予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
不妊期間	妊娠を希望してまたは避妊をやめてどのくらいですか？ (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 避妊中
受診された理由について	<input type="checkbox"/> 不妊検査のみ希望 <input type="checkbox"/> 不妊検査および不妊治療 <input type="checkbox"/> 手術希望 (ポリープ切除・卵管鏡下卵管形成) <input type="checkbox"/> その他
月経について	①最近の最終月経 ()年 ()月 ()日 ~ ()月 ()日 ②月経周期(生理開始から生理開始までの日数) <input type="checkbox"/> 順調 ()日型 <input type="checkbox"/> 不順 ③生理痛はありますか？ <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ない ④月経の量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/>
性交歴について	①性交の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ②性交渉の頻度を教えてください <input type="checkbox"/> 月に ()回程度 <input type="checkbox"/> 排卵期のみ ③ご自由にお書き下さい。(例；性交痛がひどい、sexレスなど) ()

◎妊娠歴について 過去に妊娠したことがありますか。 いいえ はい ⇒下の表にお書き下さい

妊娠時期	妊娠の方法	妊娠の経過
才	自然・人工授精・体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 () <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 ()週 (妊娠反応のみ・胎嚢(+/-) 心拍(+/-) 流産手術(+/-)
才	自然・人工授精・体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 () <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 ()週 (妊娠反応のみ・胎嚢(+/-) 心拍(+/-) 流産手術(+/-)
才	自然・人工授精・体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 () <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産 ()週 (妊娠反応のみ・胎嚢(+/-) 心拍(+/-) 流産手術(+/-)

◎病歴について教えてください

婦人科の病歴	婦人科を受診したことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
病歴について	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 ()
手術歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()

内服薬・サプリメント	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
アレルギーについて	注射薬や内服でのアレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> その他のアレルギー ()
身体情報	身長 () cm ※記入不要 体重 () kg BMI= BP= /

◎今まで不妊検査、不妊治療を他院で受けた事がありますか？ ない ある⇒下の表にお書き下さい

検査項目	検査項目	いつ	病院名	治療歴	※
風疹抗体検査	抗体あり／抗体なし	年 月		ワクチン接種 あり・なし	
子宮頸がん検診		年 月		なし・あり	
クラミジア抗原検査	異常あり・異常なし	年 月		なし・あり	
感染症スクリーニング検査	正常・異常あり	年 月		なし・あり	
AMH	ng/pmol	年 月			
甲状腺機能	正常・異常あり	年 月		なし・あり	
子宮卵管造影検査	正常・異常あり	年 月			
卵管通水検査	正常・異常あり	年 月			

⇒他院での治療歴

いつごろ (病院名)	治療内容
年 月～年 月 ()	<input type="checkbox"/> タイミング治療 ()回 排卵誘発剤使用 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 人工授精 ()回 排卵誘発剤使用 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 体外受精治療
年 月～年 月 ()	<input type="checkbox"/> タイミング治療 ()回 排卵誘発剤使用 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 人工授精 ()回 排卵誘発剤使用 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 体外受精治療
年 月～年 月 ()	<input type="checkbox"/> タイミング治療 ()回 排卵誘発剤使用 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 人工授精 ()回 排卵誘発剤使用 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 体外受精治療

◎ご主人またはパートナーについて教えてください

年齢	()才
同居にかんして	<input type="checkbox"/> 同居中 <input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 出張が多い
生活歴	①喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (適度・多飲) ③AGA治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
精液検査について	<input type="checkbox"/> 受けたことがない <input type="checkbox"/> 非協力的 <input type="checkbox"/> 受けたことがある (正常/異常)

◎◎その他、医師や看護師にお知らせしたいことや聞きたいことがありましたら下のフリースペースにご記載をお願いいたします。

()