

問診票

記載日 _____

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____

1. どのような診察を希望されますか？ あてはまるものに○をお付けください

- 1 子供ができない (希望する治療: 一般不妊治療 人工授精 体外受精 顕微授精)
- 2 生理不順
- 3 子供ができるかのチェック
- 4 その他 症状(_____)

2. 現在の年齢

妻 _____ 歳 夫 (内縁含) _____ 歳

3. 結婚年齢

妻 _____ 歳 夫 (内縁含) _____ 歳

- 婚約中 → 入籍予定：有
 入籍予定：無

4. 離婚歴

- 無 有 → 妻 _____ 離婚年齢 _____ 歳 前パートナーとの子供 (_____ 人)
夫 (内縁含) 離婚年齢 _____ 歳 前パートナーとの子供 (_____ 人)

5. 下記の質問にわかる範囲でお答えください

妻職業 (_____) 勤務時間 : ~ : 休日 土 日 祝
 その他 (_____)

夫 (内縁含) 職業 (_____) 勤務時間 : ~ : 休日 土 日 祝
 その他 (_____)

6. 病気や手術について

・今まで病気や手術の経験はありますか？

妻: なし あり

病 気	・高血圧	_____ 歳	・糖尿病	_____ 歳	・心臓病	_____ 歳	・腎臓病	_____ 歳
	・肝臓病	_____ 歳	・喘息	_____ 歳	・盲腸	_____ 歳	・精神病	_____ 歳
	・性感染症	(_____)	_____ 歳	・その他	(_____)	_____ 歳		
手 術	・卵巣	_____ 歳	・子宮筋腫	_____ 歳	・その他	(_____)	_____ 歳	

◎ 子宮頸がん検診を受けた事がありますか？ ない ある
(最終検診日 _____ 年 _____ 月, 結果: _____)

◎ 風疹ワクチン予防接種を受けた事がありますか？ ない ある
(接種年月日 _____ 年 _____ 月, _____)

夫 (内縁含): なし あり

病 気	・高血圧	歳	・糖尿病	歳	・心臓病	歳	・腎臓病	歳
	・肝臓病	歳	・喘息	歳	・盲腸	歳	・精神病	歳
	・耳下腺炎	歳	・副睾丸炎	歳	・前立腺炎	歳	・性感染症	歳
	・その他	()						歳
手 術	・鼠経ヘルニア	歳	・その他	()				歳

7. アレルギーについて

妻 なし あり夫 (内縁含) なし あり

【あり】の場合、アレルギーの原因とその症状を記入して下さい

	薬剤名	症状	食物名	症状	その他	症状
妻	()	()	()	()	()	()
夫 (内縁含)	()	()	()	()	()	()

8. 常用薬について

 なし あり (ある場合、以下に薬剤名・サプリメントを記入してください。)

	現在飲んでいる薬	現在飲んでいるサプリメント
妻		
夫 (内縁含)		

9. 妻の家族に特別な病気の方がいますか? いる いない (いれば○をお付け下さい)

※妻の血縁関係の方

	父	母	兄	弟	姉	妹
高血圧						
糖尿病						
癌 (病名)	()	()	()	()	()	()
その他 (病名)	()	()	()	()	()	()

10. 夫 (内縁含) の家族に特別な病気の方がいますか? いる いない (いれば○をお付け下さい)

※夫 (内縁含) の血縁関係の方

	父	母	兄	弟	姉	妹
高血圧						
糖尿病						
癌 (病名)	()	()	()	()	()	()
その他 (病名)	()	()	()	()	()	()

11. 健康状態について

妻 1. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 2. タバコは吸いますか いいえ はい (1日 本)
 3. お酒は飲みますか いいえ はい (週に 回, 1日 ml)
 4. コーヒーは飲みますか いいえ はい (1日 杯)
 5. 何か運動はされていますか いいえ はい ()

夫 (内縁含) 1. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 2. タバコは吸いますか いいえ はい (1日 本)
 3. お酒は飲みますか いいえ はい (週に 回, 1日 ml)
 4. 何か運動はされていますか いいえ はい ()

12. 生理について

基礎体温は付けていますか? はい いいえ
 初経年齢 (生理が初めて始まった歳) _____ 歳
 月経周期 (生理が始まってから次の生理が来るまでの間) _____ 日 ~ _____ 日
 生理は順調ですか はい いいえ
 生理痛はありますか はい いいえ
 生理痛がある場合、鎮痛剤の使用はありますか? なし あり 薬剤名()
 一番最近の生理はいつ始まりましたか? _____ 月 日から _____ 月 日まで
 その前の生理はいつ始まりました _____ 月 日から _____ 月 日まで 日周型
 生理に関して気になっている事はありますか? なし あり ()

13. 妊娠について

今までに、妊娠したことはありますか? ある ない

ある方は該当する項目に○をつけ、経過や治療内容を詳しく記入して下さい。

	年齢	妊娠週数 または月	自然妊娠または 治療後妊娠 (治療内容)	妊娠経過 (出産・子宮外妊娠・流産・中絶)	性別・出生体重 (分娩方法)	病院名
1	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	
2	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	
3	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	
4	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	

14. 夫婦生活について

夫婦生活の回数 1ヶ月に 回 SEX LESS
 性交痛 ない ある
 結婚後の避妊期間 ない ある (年 月 ~ 年 月)

