

問 診 票 (不妊外来)

妻 氏名	フリガナ	生年月日 S H	年	月	日生(歳)	職種	既婚:(初婚/再婚) 未婚		
夫 氏名	フリガナ	生年月日 S H	年	月	日生(歳)	職種	既婚:(初婚/再婚) 未婚		
結婚期間	年	ヶ月	避妊期間	年	ヶ月				
自宅住所	〒 - -								
連絡先	自宅	-	-	本人携帯	-	-	夫(パートナー)携帯	-	-

本日はどのようなことで来院されましたか (✓マーク、必要事項を記入して下さい)

- 赤ちゃんが欲しい
- 性交がもてない 月経以外の出血がある おりものが気になる(量が多い・少ない・色・臭い)
- 外陰部や膣にかゆみがある 外陰部にできものがある 下腹部痛・腰痛が気になる
- セカンドオピニオン
- その他 ()
- これまで治療を受けた事が(ない・ある)

○ ぶだんの月経について教えてください

- 1) 初潮は _____ 歳
- 2) 最近の月経はいつからですか H _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間
- 3) 月経周期は: 順調 _____ 日周期 ・ 不順
- 4) 月経痛は: ない ・ ある (薬を飲む ・ 飲まない)

子宮がん検診を受けたことはありますか

受けたことが:(ない ・ ある) 年 _____ 月頃 異常:(なし ・ あり)

妊娠・出産歴について

妊娠歴:(ない ・ ある) _____ 回 分娩 _____ 回 ・ 流産 _____ 回 ・ 中絶 _____ 回

○

	年	月	日	妊娠週数	経 過	児性別	児体重	流 産	病院名
妊 娠 歴	年	月	日	w	分娩(経膣・帝切)早産 流産	男・女	g	妊娠反応のみ 胎児が見えた 心拍を確認した	
	年	月	日	w	分娩(経膣・帝切)早産 流産	男・女	g	妊娠反応のみ 胎児が見えた 心拍を確認した	
	年	月	日	w	分娩(経膣・帝切)早産 流産	男・女	g	妊娠反応のみ 胎児が見えた 心拍を確認した	

体質や家族歴について

- 1)身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg 2)タバコ: 吸わない・吸う _____ 本/日・以前吸っていた
- 3)飲酒: 飲まない ・ 飲む
- 4)アレルギー体質はありますか ある ・ ない
ある→薬:() 注射:() 花粉症 ・ アトピー ・
食物:() ・ 金属 ・ ラテックス(ゴム) ・ バナナ/キウイ ・ その他:()
- 5)喘息:(ない ・ ある → 最終発作 _____ 歳頃 薬剤 _____)
- 6)ダイエットの経験がありますか:(ない ・ ある)

⇨ 裏面もご記入ください

既往歴について

今までに、病気をされたことがありますか。また、現在治療中の病気はありますか。

1) 婦人科系の病気：ない・ある→病名：()

2) 婦人科系以外の病気 ○をつけてください

脳梗塞 ・ 脳出血 ・ てんかん ・ 遺伝病 ・ ぜんそく ・ アレルギー疾患 ・ 心臓疾患 ・ 不整脈 ・ 高血圧
血栓症 ・ ソケイヘルニア ・ うつ病など精神的な疾患 ・ 不眠 ・ 心身症 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症

膠原病（リウマチなど） ・ 甲状腺疾患 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 頸椎症 ・ 椎間板ヘルニア

交通事故 ・ がん(悪性腫瘍) → 部位 ()

その他 ()

3) 現在服用中の薬があれば記入して下さい

薬剤名：

4) これまでに受けた治療・手術があれば記入して下さい

年 月	病 院 名	治 療 ・ 手 術
年 月頃		
年 月頃		
年 月頃		

夫(パートナー)について

1) 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg 2) タバコ：吸わない・吸う _____ 本/日 ・ 以前吸っていた

3) 飲酒：飲まない ・ 飲む

4) アレルギー体質はありますか ある ・ ない

ある→薬：() 注射：() 花粉症 ・ アトピー ・

食物：() ・ 金属 ・ ラテックス(ゴム) ・ パナナ/キウイ ・ その他：()

5) 喘息：(ない ・ ある → 最終発作 _____ 歳頃 薬剤 _____)

既往歴について

今までに、病気をされたことがありますか。また、現在治療中の病気はありますか。 ○をつけてください

脳梗塞 ・ 脳出血 ・ てんかん ・ 遺伝病 ・ ぜんそく ・ アレルギー疾患 ・ 心臓疾患 ・ 不整脈 ・ 高血圧
血栓症 ・ ソケイヘルニア ・ うつ病など精神的な疾患 ・ 不眠 ・ 心身症 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症

膠原病（リウマチなど） ・ 甲状腺疾患 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 頸椎症 ・ 椎間板ヘルニア

交通事故 ・ がん(悪性腫瘍) → 部位 ()

その他 ()

3) 現在服用中の薬があれば記入して下さい

薬剤名：

4) これまでに受けた手術があれば記入して下さい

年 月	病 院 名	治 療 ・ 手 術
年 月頃		
年 月頃		
年 月頃		

ご来院されたきっかけ：知人・友人からの紹介 ・ HPをみて ・ 雑誌・広告をみて ・ その他 ()

当院では、フルネームでお呼び出し致しております。ご了承ください。

