

生殖外来問診表

妻	フリガナ 氏名	生年月日 昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業・職種
夫	フリガナ 氏名	生年月日 昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業・職種
住所	フリガナ 〒 -	
緊急連絡先 TEL : (職場 ・ 実家 ・ 父の携帯 ・ 母の携帯)		

【血液型 型 Rh + - 】 【身長 cm】 【体重 kg】

受診理由	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 融解胚移植 <input type="checkbox"/> 不育症の検査 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存 <input type="checkbox"/> その他 ()		
結婚歴	西暦 年 月 (才) ・ 未婚		
不妊期間	年 月 ※子供をほしいと思っからの期間	基礎体温	つけている ・ つけていない
月経	直近 月経開始日： 月 日 出血の持続： 日間		
	前回 月経開始日： 月 日 出血の持続： 日間		
	初経 才 月経周期： 日～日 ※月経開始日から次の月経開始日までの期間を月経周期といいます。		
	月経量 (多・中・少) 月経障害： (ない ・ ある)		
子宮頸がん	検診を受けたことが ない・ある → 最終検診 西暦 年 月 : 正常・異常 ()		
妊娠歴	※化学的妊娠・流産(妊娠検査薬で陽性反応が出ていても、胎嚢が確認できないまま出血が起こる)は含みません。 ※ない場合は「0」をご記入下さい。		
	流産 (回)	西暦 年 月 / 年 月 / 年 月	
	人工妊娠中絶 (回)	西暦 年 月 / 年 月 / 年 月	
	子宮外妊娠 (回)	西暦 年 月 / 年 月 / 年 月	
	分娩 (回)	西暦 年 月 / 年 月 / 年 月	自然分娩 () 鉗子分娩 () 吸引分娩 () 帝王切開 ()
風疹抗体	抗体 (ある ・ ない ・ わからない) ワクチン接種歴 (ある → 才 ・ ない ・ わからない)		
過去の病気や手術	今までに病気や手術をしたことがありますか? ない・ある ※ 現在治療中のものから、過去に治療したものも含めご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (手術：あり・なし) <input type="checkbox"/> 卵巣チョコレート嚢胞 (手術：あり・なし) <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV) <input type="checkbox"/> 性感染症 (クラミジア・淋病・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()		

既往	日常的に飲んでいる薬・サプリメントはありますか？（ ない ・ ある ）
	注射・薬等で気分が悪くなったことはありますか？（ ない ・ ある ）
	アレルギーはありますか？ 薬剤 （ ない ・ ある ）
	食物 （ ない ・ ある ）
	その他 （ ない ・ ある ）
	喘息の既往はありますか？ （ ない ・ ある ）
	緑内障の既往はありますか？ （ ない ・ ある ）
	ご本人・ご家族に血栓症の既往はありますか？ （ ない ・ ある ）
ご家族に不妊や遺伝的な病気の方がいますか？ （ ない ・ ある ）	
嗜好	喫煙の習慣 （妻） ない・ある（1日 本 喫煙開始年齢 才から） ・ 才で禁煙 （夫） ない・ある（1日 本 喫煙開始年齢 才から） ・ 才で禁煙
	飲酒の習慣 ない・ある（毎日飲む・ときどき飲む） 1回の飲酒量（ ）
過去の 不妊検査	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 （西暦 年月/施設名 ） （正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 卵管通気・通水 （西暦 年月/施設名 ） （正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 精液検査 （西暦 年月/施設名 ） （正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 （西暦 年月/施設名 ） （正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 （西暦 年月/施設名 ） （正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> ホルモン検査 （西暦 年月/施設名 ） （正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> ヒューナー検査 （西暦 年月/施設名 ） （正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> その他 （ ）
過去の 不妊治療	<input type="checkbox"/> タイミング療法 ____回 （西暦 年月・期間/施設名 ）
	<input type="checkbox"/> 人工授精 ____回 （西暦 年月・期間/施設名 ）
	<input type="checkbox"/> ホルモン療法 セキソビット ____回 、 クロミッド ____回 注射（FSH） ____回 、 注射（HMG） ____回 （西暦 年月・期間/施設名 ）
	<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精（採卵 ____回、新鮮胚移植 ____回、融解胚移植 ____回） ↳別紙「治療記録」に詳細をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> その他 （ ）
	<input type="checkbox"/> その他 （ ）
その他	●会計の際に、領収証とは別に「診療明細書」※無料 の発行を（ 希望する ・ 希望しない ）
	●谷口眼科を受診したことが （ ない ・ ある →※いつ頃？ ）
	●当院をどのようにしてお知りになりましたか？
	<input type="checkbox"/> 他院の紹介（病院名： _____ 紹介状： あり ・ なし ） <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人の紹介（紹介者： _____ ） <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※取得した個人情報は、当院の個人情報保護規定の利用目的以外には利用いたしません。

