

松田ウイメンズクリニック 初診問診票

当院では個人情報の保護に最大限努力しており、この問診票の内容は当院での診療目的以外に使用されることはありません

【1】奥様についてご記入ください

ふりがな

名前 () 生年月日 (S・H 年 月 日) 年齢 () 才

緊急時連絡先① () (自宅・ケイタイ・職場) ② () (自宅・ケイタイ・職場・ご主人・その他:)

★今後当クリニックよりお電話させていただく場合(災害時の休診や診療予約の時間変更など)があります

その際、病院名を名乗ってもよろしいでしょうか? はい いいえ(スタッフの個人名で連絡させていただきます)

身長・体重について	●身長 _____ cm ●体重 _____ kg ここ1~2年での体重の増減はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 年で (kg) (増・減)
いつ結婚されましたか	H・R 年 月 (結婚時年齢 才)
あなたは初婚ですか 再婚ですか	<input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 (回目) 前夫との間に子供はいますか? 無・有 (人)
同居しているご家族を教えてください	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 子供 _____ 人 <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 以前喫煙あり <input type="checkbox"/> 有 (本/日)
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 有 (m l /日)
お仕事をされていますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職業 () 勤務場所 () 勤務体制 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営業 (曜日~ 曜日)・不規則 勤務時間 (時~ 時)・不規則 夜勤 (有・無) その他 ()
当院までの交通手段と交通時間	●手段 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(バス・電車・JR) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 () ●時間 自宅から (時間 分) 勤務先から (時間 分)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬品名 () 食べ物・その他 ()
今までにかかったことのある病気 または手術の経験はありますか それはいつですか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 癌 (癌) <input type="checkbox"/> 甲状腺異常 <input type="checkbox"/> その他 () 病名・手術名 () (H・R 年 月頃) () (H・R 年 月頃)
現在服用中の薬がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:薬品名 ()
風疹にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 分からない
風疹抗体検査、予防接種について	風疹抗体検査 <input type="checkbox"/> 受けた (H・R 年 月) <input type="checkbox"/> 受けていない 結果→抗体 (有・無・現在結果待ち) 風疹予防接種 <input type="checkbox"/> 受けた (H・R 年 月) ・時期不明 <input type="checkbox"/> 受けていない

【2】ご主人についてご記入ください

ふりがな
名前 () 生年月日 (S・H 年 月 日) 年齢 () 才

ご主人は初婚ですか 再婚ですか	<input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 (回目) 前妻との間に子供はいますか 無・有 (人)
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 以前喫煙あり <input type="checkbox"/> 有 (本/日)
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 有 (m l /日)
ご職業についてお教え下さい	●職業 () <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> 自営業 ●単身赴任や長期出張 (無・有: 期間) ●夜勤 (無・有)
今までにかかったことのある病気 または手術の経験はありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 癌(癌) <input type="checkbox"/> その他 () 病名・手術名 ()
現在服用中の薬がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

【3】下記の質問にご記入ください

希望される治療内容を教えてください	<input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <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 <input type="checkbox"/> その他 ()	
不妊期間を教えてください ※避妊していない期間を教えてください	_____年_____ヶ月 <input type="checkbox"/> 自然にまかせていたが妊娠しなかった <input type="checkbox"/> 避妊期間があったが、やめてからも妊娠しなかった <input type="checkbox"/> 妊娠したが流産した <input type="checkbox"/> 他院で治療していたが妊娠しなかった	
夫婦生活はありますか	<input type="checkbox"/> 有 月_____回 <input type="checkbox"/> 無・ほとんど無い 理由… <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 痛みのため <input type="checkbox"/> セックスレス <input type="checkbox"/> 勃起障害 <input type="checkbox"/> 疲労・仕事のため <input type="checkbox"/> 育児のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
妊娠されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の方は下の該当項目に記入をしてください 妊娠_____回 (出産_____回・流産_____回・人工流産_____回)	
妊娠・出産週数	経 過	性別・体重
H R 年 月 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (経膈・帝王切開) <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎嚢確認・心拍確認・胎児確認) <input type="checkbox"/> 死産	男・女 g
H R 年 月 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (経膈・帝王切開) <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎嚢確認・心拍確認・胎児確認) <input type="checkbox"/> 死産	男・女 g
H R 年 月 週	<input type="checkbox"/> 分娩 (経膈・帝王切開) <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎嚢確認・心拍確認・胎児確認) <input type="checkbox"/> 死産	男・女 g

【4】月経についてご記入ください

- 初めての月経は何歳でしたか（初潮） _____ 才
- 最近の月経はいつでしたか 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 覚えていない
- 月経周期を教えてください 順調 _____ 日～_____ 日周期で _____ 日間出血
不順 _____ 日～_____ 日周期で _____ 日間出血
薬を服用して月経を起こしている
- 月経痛はありますか 無 有（軽度 ・ 中等度 ・ 痛み止めを服用したり動けないほどひどい）

【5】今までの治療・今後の希望についてご記入ください

- 不妊検査・治療をされた事がありますか 有 の方は下記へご記入ください
無 の方は【6】へご記入ください
以前当院にて治療をしていた方は【6】へご記入ください
- 不妊治療の副作用が何かありましたか 無 有（ _____ ）
- 受診されていた病院名、治療期間、治療内容、治療回数をご記入ください

病 院 名	治 療 期 間	治 療 内 容
①	H・R 年 月～H・R 年 月	検査のみ タイミング 人工授精 体外受精 その他
②	H・R 年 月～H・R 年 月	検査のみ タイミング 人工授精 体外受精 その他
③	H・R 年 月～H・R 年 月	検査のみ タイミング 人工授精 体外受精 その他

- 内服（排卵誘発剤） _____ 回 注射（HMG-HCG） _____ 回 タイミング _____ 回
- 人工授精 _____ 回 体外受精 _____ 回 顕微授精 _____ 回
- 採卵周期での胚移植 _____ 回 融解胚移植 _____ 回

- 以下の検査を受けた事がある方はご記入ください

検 査	検 査 日	結 果
ホルモン検査	H・R 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
子宮卵管造影	H・R 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常： 右側 ・ 左側 ・ 両側
子宮鏡検査	H・R 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
精液検査	H・R 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
甲状腺ホルモン	H・R 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
不育症採血	H・R 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）

【6】何か不安や心配事がありましたら自由にご記入下さい