

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

ふりがな

本人氏名 : \_\_\_\_\_ 生年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳  
職業 : \_\_\_\_\_ 勤務時間帯 : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 出身国 : 日本・他 ( \_\_\_\_\_ )

住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
自宅電話番号 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 携帯電話 : \_\_\_\_\_ ・携帯所持なし

## お願い

重要な連絡事項が生じた場合に、クリニックから連絡をさしあげる場合があります。  
緊急の連絡先を2ヶ所ご記入下さい。携帯電話でも自宅・職場でもけっこうです。

① 連絡先の名前 \_\_\_\_\_ ご関係 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
② 連絡先の名前 \_\_\_\_\_ ご関係 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

★緊急連絡先を自宅・職場を記入された方へ★

- \* ご本人が不在の場合に、内容をお伝えしてよろしいですか ( はい ・ いいえ )
- \* 連絡時は ( 個人名「小嶋」で ・ クリニック名で )

★記入できないところは空欄でけっこうです。問診用紙は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

## ◎以下の項目についてお答え下さい

- (1) 結婚の有無 : 既婚 ・ 未婚 ・ 婚約中 ・ 内縁関係
- (2) 離婚歴の有無 : 妻 ( なし ・ あり [ お子さん : あり 人 ・ なし ] )  
夫 ( なし ・ あり [ お子さん : あり 人 ・ なし ] )
- (3) 結婚年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_
- (4) 結婚年齢 : 妻 \_\_\_\_\_ 歳 夫 \_\_\_\_\_ 歳
- (5) 結婚後の避妊期間 : ( なし ・ あり [ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで ] )
- (6) 育児希望期間 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月

## ◎本日はどうなさいましたか

- ① 妊娠したい ( 希望 : 体外受精 ・ 顕微授精 ) ② その他 ( \_\_\_\_\_ )

## ◎月経について

- (1) 一番最近の月経は ( ) 月 ( ) 日 ~ ( ) 日間 本日月経 ( ) 日目
- (2) 初経 ( ) 歳 (3) 閉経 ( ) 歳
- (4) 周期 ( ) ~ ( ) 日型 ( 規則的 ・ 不規則 [ ] ~ [ ] 日型 )
- (5) 出血量 ( 多い ・ 普通 ・ 少ない ) (6) 月経痛 ( 強い ・ 普通 ・ 弱い )
- (7) 出血持続期間 ( ) 日間
- (8) 排卵日頃おりものが増えますか。(はい ・ いいえ ・ わからない )

## ◎健康状態について

- (1) 身長 : \_\_\_\_\_ cm 体重 : \_\_\_\_\_ kg
- (2) この半年で体重の変化はありますか : ( ない ・ ある \_\_\_\_\_ kg 増、 \_\_\_\_\_ kg 減 )
- (3) 血液型 : \_\_\_\_\_ 型 Rh ( )
- (4) たばこはお吸いですか : ( いいえ ・ はい「1日 本」)
- (5) アルコールは飲みますか : ( いいえ ・ 機会飲酒 ・ 週2-3回 ・ 週4回以上 )  
\* 「いいえ」と答えた方に伺います。アルコールは飲みますか? ( 飲める ・ 少し飲める ・ まったく飲めない )
- (6) 性交の経験はありますか : ( はい ・ いいえ )
- (7) 過去に婦人科で内診をうけたことがありますか : ( はい ・ いいえ )

◎ 病気や手術について

(1) 頭痛もちですか：( はい ・ いいえ )

\*頭痛もちと答えた方に伺います。

医師から片頭痛と診断を受けましたか：( はい ・ いいえ )

前兆はありますか：( はい [症状： ] ・ いいえ )

(2) 今までに下記のような病気をしたことがありますか。あてはまる項目があれば○をつけて下さい。

がん 結核 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 B型肝炎 C型肝炎 甲状腺の病気  
喘息 精神病 クラミジア 淋病 梅毒 その他 ( )

(3) 今までに手術や大きな病気 (入院など) ありましたらお書き下さい。

年月	病名	手術・入院	病院名
(例) 2014.12	卵巣のう腫	手術 (右卵巣部分切除)	○△病院

(4) 輸血を受けたことがありますか：( ない ・ ある「状況」 )

(5) 現在、他の科に通院されていますか：( はい ・ いいえ )

病名 ( ) ( 歳～) 治療内容、薬 ( ) 病院名 ( )

病名 ( ) ( 歳～) 治療内容、薬 ( ) 病院名 ( )

(6) 常用薬やサプリメントの服用はありますか：( ない ・ ある )

降圧剤・精神安定剤・漢方薬・サプリメント・その他  
薬品名

(7) これまでにけいれん発作がおきたことがありますか：( ない・ ある「状況」 )

(8) ご家族 (実父母、実祖父母) に病気の方がいますか：( いない ・ いる )

高血圧 糖尿病 がん 脳血管障害 その他 ( )

(9) アレルギーはありますか：

( ない ・ ある「薬剤 ・ 食べ物(ピーナッツ,その他)・ゴム(ラテックス)・その他：」 )  
(薬剤名やアレルゲン物質名と症状 )

(10) 採血や注射時に消毒をする際に使用するアルコール綿で皮膚が赤くなったり、痒くなったことはありますか ( ない ・ ある )

◎ 妊娠・分娩歴について

今までに妊娠・分娩したことがありますか：( ある ・ ない )

\* あると答えられた方は該当項目に○をつけ、経過や治療内容を詳しく記入して下さい。

年月	妊娠週数 又は月数	経過	出生体重 性別	流産・早産の状態	妊娠 方法	病院名
1. 年 月 ( 歳 )	週 ( カ月 )	出産 (経膈・帝切) ・早産・流産 死産・子宮外妊娠・中絶	男 g 女	妊娠反応のみ・胎のう見えた 胎児みえた・心拍見えた	自然妊娠 不妊治療	
2. 年 月 ( 歳 )	週 ( カ月 )	出産 (経膈・帝切) ・早産・流産 死産・子宮外妊娠・中絶	男 g 女	妊娠反応のみ・胎のう見えた 胎児みえた・心拍見えた	自然妊娠 不妊治療	
3. 年 月 ( 歳 )	週 ( カ月 )	出産 (経膈・帝切) ・早産・流産 死産・子宮外妊娠・中絶	男 g 女	妊娠反応のみ・胎のう見えた 胎児みえた・心拍見えた	自然妊娠 不妊治療	
4. 年 月 ( 歳 )	週 ( カ月 )	出産 (経膈・帝切) ・早産・流産 死産・子宮外妊娠・中絶	男 g 女	妊娠反応のみ・胎のう見えた 胎児みえた・心拍見えた	自然妊娠 不妊治療	

◎ 以下の項目についてお答え下さい

- (1) 基礎体温をつけていますか： ( はい ・ いいえ )
- (2) 夫婦生活（性交）の回数：1ヶ月に \_\_\_\_\_ 回 ・ Sex Less
- (3) 排卵日と思われる頃に性交をしていますか： ( はい ・ いいえ：理由 \_\_\_\_\_ )
- (4) 性交痛はありますか：( なし ・ ある )
- (5) 不妊検査や治療を受けたことがありますか： ( はい ・ いいえ )

★★★★★ 以下、今までに不妊検査や治療を受けたことがある方のみお答え下さい。

検査や治療を受けたことがない方は、次のページにおすすみ下さい。

★★★★★

- (1) 紹介状はお持ちですか： ( はい ・ いいえ )
- (2) 受診されていた病院名と治療期間、治療内容を順番に書いてください。

病院名	治療期間	治療内容
① _____ (西暦 年 月 ~ 年 月)	(西暦 年 月 ~ 年 月)	(検査のみ・タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精)
② _____ (西暦 年 月 ~ 年 月)	(西暦 年 月 ~ 年 月)	(検査のみ・タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精)
③ _____ (西暦 年 月 ~ 年 月)	(西暦 年 月 ~ 年 月)	(検査のみ・タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精)

◎ 今までの不妊検査について

これまで受けた検査について該当する項目に○をつけ、分かる範囲で記入して下さい。

●ホルモン検査（採血）	検査日：西暦 年 月	異常なし・高プロラクチン血症・多のう胞性卵巣 甲状腺機能異常・他（ _____ ）
●子宮卵管検査	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり（右卵管・左卵管）
●フーナーテスト	検査日：西暦 年 月	良好・普通・不良
●抗精子抗体検査（採血）	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり
●精液検査	受けた回数 _____ 回 最終検査日 _____ : 西暦 年 月	良い _____ 回・普通 _____ 回・悪い _____ 回 *データをお持ちの方は提出をお願いします。
●子宮ガン検査	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり（状態 _____ ）
●クラミジア抗体検査	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり（放置、治療した）
●腹腔鏡	検査日：西暦 年 月	異常なし・内膜症・癒着・他（ _____ ）
●子宮鏡	検査日：西暦 年 月	異常なし・ポリープ・炎症・他（ _____ ）

◎ 今までの不妊治療について

該当する項目に○をつけ、分かる範囲で記入して下さい。後ほどお伺いしますので分からない方は未記入でも結構です。

●タイミング療法	_____ 回（自然周期 _____ 回 ・ 排卵誘発剤使用周期 _____ 回）
●人工授精	_____ 回（自然周期 _____ 回 ・ 排卵誘発剤使用周期 _____ 回）
●採卵	_____ 回（体外受精 _____ 回 ・ 顕微授精 _____ 回） 最終採卵日：西暦 年 月 誘発方法：自然周期 _____ 回・内服方法 _____ 回・リング法 _____ 回・ショート法 _____ 回・アンタゴニスト法 _____ 回 排卵誘発による副作用： なし 体重増加 卵巣腫大 腹水 入院した 他（ _____ ）
●新鮮胚移植	_____ 回（分割期移植 _____ 回・胚盤胞移植 _____ 回） 最終胚移植日：西暦 年 月
●融解胚移植	_____ 回（分割期移植 _____ 回・胚盤胞移植 _____ 回） 最終胚移植日：西暦 年 月

◎ これまでに妊娠が難しいと医師から説明された原因について

該当する項目に○をつけて下さい。

説明を受けていない 原因不明 子宮内膜症 抗精子抗体 卵管の状態が悪い 精子の状態が悪い  
卵子の質が悪い 受精卵の質が悪い 着床が難しい 年齢 その他（ \_\_\_\_\_ ）

## ◎ ご主人についてお伺いします

ふりがな

ご主人氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

職業： \_\_\_\_\_ 勤務時間帯： \_\_\_\_\_ ～ \_\_\_\_\_ 出身国：日本・他（ \_\_\_\_\_ ）

夜勤（ なし・あり [頻度： \_\_\_\_\_ ] ） 出張（ なし・あり [頻度： \_\_\_\_\_ ] ）

### （1）健康状態について

①血液型： \_\_\_\_\_ 型 Rh（ \_\_\_\_\_ ）

②たばこはお吸いですか：（ いいえ・はい 1日 \_\_\_\_\_ 本 [家庭内喫煙：あり・なし] ）

③アルコールは飲みますか：（ いいえ ・ 機会飲酒 ・ 週 2-3回 ・ 週 4回以上 ）

④勃起障害や射精障害はありますか：（ なし ・ ある ）

### （2）病気や手術について

今までに下記のような病気をしたことがありますか

がん 結核 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 B型肝炎 C型肝炎

喘息 精神病 精索静脈瘤 クラミジア 淋病 梅毒 その他（ \_\_\_\_\_ ）

### （3）手術や大きな病気（入院など）について

今までに手術や大きな病気・入院などありましたらお書き下さい

年月	病名	手術・入院	病院名
(例) 2012.7	精索静脈瘤	手術	○△病院

（4）現在、他の科に通院されていますか：（ はい ・ いいえ ）

病名（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ 歳～）治療内容・薬（ \_\_\_\_\_ ）病院名（ \_\_\_\_\_ ）

病名（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ 歳～）治療内容・薬（ \_\_\_\_\_ ）病院名（ \_\_\_\_\_ ）

（5）常用薬はありますか：（ ない ・ ある ）

降圧剤・精神安定剤・育毛剤（プロペシア）・漢方薬・栄養補助食品・その他

薬品名： \_\_\_\_\_

（6）ご主人は治療についてどのようにお考えでしょうか：（ 協力的 ・ 非協力的 ・ どちらでもない ）

何かありましたらお書き下さい（ \_\_\_\_\_ ）

## ◎ 今後の治療について

（1）いつ頃からの治療を希望されますか？

（ 準備出来次第すぐ ・ 他 [ \_\_\_\_\_ ] ）

（2）何かありましたら自由にお書き下さい。

（ \_\_\_\_\_ ）

## ◎ 当クリニックについて

（1）どのようにこのクリニックを知りましたか。○をつけて下さい。

医師からの紹介（病院名 \_\_\_\_\_ ）医師名（ \_\_\_\_\_ ）

友人、知人からの紹介 インターネット 新聞 テレビ その他（ \_\_\_\_\_ ）

（2）クリニックまでの通院方法・時間

交通機関（ \_\_\_\_\_ ） / 通院時間 約 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

ご協力ありがとうございました

小嶋ウィメンズクリニック