

# 問 診 表

記入日 年 月 日  
はちウィメンズクリニック・安城

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| <b>【ご本人】</b> |                       |
| フリガナ         |                       |
| お名前          | 様 S. H. 年 月 日生 歳      |
| 住所 〒         | TEL : 携帯<br>自宅        |
| 身長 cm 体重 kg  | 血液型 : A B O AB RH ( ) |
| <b>【ご主人】</b> |                       |
| フリガナ         |                       |
| お名前          | 様 S. H. 年 月 日生 歳      |
|              | TEL : 携帯              |
| 身長 cm 体重 kg  | 血液型 : A B O AB RH ( ) |

- 本日診察を受けられる理由について、○をつけて下さい。(複数回答可)
  - 子どもができない
  - 月経異常
  - 不正出血
  - 流産を繰り返す
  - 性交ができない(勃起不全・射精しない・その他)
  - 性交時痛がある
  - その他
- 結婚したのはいつですか? ( 年 月 結婚)
- 不妊期間はありますか? 無・有 ( 年 ヲ月)
- 今まで他の病院で不妊治療、検査をしたことがありますか? ( 有 ・ 無 )  
有と答えた方は詳しく書いて下さい。  
治療期間 ( ~ )  
どんな治療・検査をされましたか?
- 月経について
  - はじめてあったのは? ( ) 才
  - 最近順調にきていましたか? ( 順調 ・ 不順 )  
早く来るときは何日ぐらい早くなりますか? ( ) 日  
遅くなるときは何日ぐらい遅くなりますか? ( ) 日
  - 何日ぐらい続きますか? ( 日ぐらい)

- (4) 月経の量は？ ( 普通、 多い、 少ない )  
(5) 生理痛は？ ( ない、 痛い、 ひどい - 鎮痛剤をのむ、 寝込むほどひどい )  
(6) いちばん最近あったのはいつですか？ (最終月経)  
平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日から、 ( ) 日間—

6. 今までのお産についてお答え下さい。(予定日を40週として)

- (1) 昭・平 年 月 日、妊娠 週、[ 男・女、 g、生・死 ]  
(2) 昭・平 年 月 日、妊娠 週、[ 男・女、 g、生・死 ]  
(3) 昭・平 年 月 日、妊娠 週、[ 男・女、 g、生・死 ]

7. お産以外の妊娠についてお答えください。

- (1) 昭・平 年 月、妊娠 週、[ 流産、 人工中絶 ]  
(2) 昭・平 年 月、妊娠 週、[ 流産、 人工中絶 ]  
(3) 昭・平 年 月、妊娠 週、[ 流産、 人工中絶 ]

8. 今までに入院や手術をしたことがありますか？ また、現在治療中の病気と内服中のお薬はありますか？

9. アレルギーについてお聞きします。

薬、たべものでアレルギーの症状の出たことがありますか？ ( 有 ・ 無 )  
有と答えた方は詳しく書いて下さい。

10. タバコを吸われますか？ ( はい ・ いいえ 、 1日 本くらい )

11. あなたの現在の職業は ( )

12. ご主人について

(1) 結婚年齢 歳 (初婚・再婚)

※他のパートナーとの間の妊娠はありますか？ (有・無)

(2) 健康ですか？ (はい・いいえ)

(3) 夜勤はありますか？ (はい・いいえ)

(4) 今までにかかった病気はありますか？また現在治療中の病と内服中のお薬はありますか？

( ) 内服薬 ( )

(5) タバコを吸われますか？ ( はい ・ いいえ 、 1日 本くらい )

13. この病院をどちらでお知りになりましたか。

( 電話帳 ・ インターネット ・ 看板 ・ その他 )

14. その他、お聞きになりたいこと、ご意見、ご希望などありましたらお書き下さい。

---