

問 診 表

記入日 令和 年 月 日

はちウィメンズクリニック・安城

【ご本人】	
フリガナ	
お名前	様 S. H. 年 月 日生 歳
身長	cm, 体重 Kg
	TEL : 携帯 自宅
【ご主人】	
フリガナ	
お名前	様 S. H. 年 月 日生 歳
	TEL : 携帯
身長	cm, 体重 Kg、
住所	〒 -

1. 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)
 - (1) 子どもができない
 - (2) 月経異常
 - (3) 不正出血
 - (4) 流産を繰り返す
 - (5) 性交ができない(勃起不全・射精しない・その他)
 - (6) 性交時痛がある
 - (7) その他
2. 結婚したのはいつですか? (年 月 結婚)
3. 不妊期間はありますか? 無・有(年 カ月)
4. 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?
5. 月経について
 - (1) はじめてあったのは? () 才
 - (2) 最近順調にきていましたか? (順調 ・ 不順)
月経周期 () 日ぐらい
 - (3) 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)
令和 () 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・令 年 月 日、妊娠 週、[男・女、 g、生・死]
- (2) 昭・平・令 年 月 日、妊娠 週、[男・女、 g、生・死]
- (3) 昭・平・令 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・令 年 月、妊娠 週、[流産、人工中絶]
- (2) 昭・平・令 年 月、妊娠 週、[流産、人工中絶]
- (3) 昭・平・令 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) はい とお答えの方→ () 回/月

(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。
