



問診表

カルテNo. () 氏名 () 20 年 月 日

・今回、診察にいらっしゃった理由についてお答えください。

1. 赤ちゃんが欲しいと思って (年 ヶ月) ・何人目ご希望ですか。 (人目希望)
2. どの治療をご希望されていますか。 タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精・未定 (検査結果により決定)
3. 相談のみ () 4. その他 ()

・局所麻酔を使用したことはありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、副作用はありましたか。 はい (薬名:) ・ いいえ

・薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、副作用はありましたか。 はい (薬名:) ・ いいえ

・以前または現在、おおきな病気や手術 (婦人科含め) を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、下記の表にご記入ください。

診断日	病名	施設名	手術施行(年月)	処方について
年 月			未・済(年 月)	あり (薬名:) ・ なし
年 月			未・済(年 月)	あり (薬名:) ・ なし
年 月			未・済(年 月)	あり (薬名:) ・ なし

・たばこは吸いますか。 はい (1日 本) ・ いいえ

・お酒は飲みますか。 はい (頻度: 量:) ・ いいえ

月経についてお答えください。

周期はどれくらいですか。	~ 日周期 順 / 不順 / どちらともいえない
出血は何日間ありますか。	日間
最近の月経開始日はいつですか。	20 年 月 日 ~
月経痛はありますか。	はい (頭・下腹部・腰・その他 ()) ・ いいえ
痛み止めは飲んでいますか。	はい (薬品名:) ・ いいえ

・1ヵ月あたりの性生活はだいたい何回くらいですか。 (回)

・今まで排卵日に性生活を持つようになってきましたか。 常に ・ たまに ・ 気にしていない

・乳房を押すと乳汁が出ることがありますか。 はい ・ いいえ

・風疹にかかったことはありますか。 はい ・ いいえ ・ 不明

・風疹ワクチンを接種したことはありますか。 はい (年 月) ・ いいえ ・ 不明

・風疹検査を受けたことがありますか。 はい (年 月/数値) ・ いいえ ・ 不明

・子宮癌検査を受けたことがありますか。 頸癌: はい (異常あり・なし 施行年月 年 月) ・ いいえ
 体癌: はい (異常あり・なし 施行年月 年 月) ・ いいえ

・ご自身の血縁の中に遺伝子疾患、高血圧、糖尿病の方はいらっしゃいますか。

はい (続柄: 疾患名:) ・ いいえ

パートナー様についてご記入お願いいたします。

大きな病気をしたことがありますか。

はい (病名: 、服用中の薬品名:) ・ いいえ

たばこは吸いますか。 はい (種類: 1日 本) ・ いいえ

お酒は飲みますか。 はい (頻度: 量:) ・ いいえ

増毛剤は使用していますか。 はい (名称:) ・ いいえ

再婚の場合お子様はいますか。 はい (人) ・ いいえ

裏面もご記入お願いいたします。(裏面は患者様ご自身の問診となります。)

