

問診票(再来初診・女性用)

当院では、個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

診察券番号: _____

記入日: 20____年____月____日

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)
ご職業		ご職業	
ご自宅住所	〒		
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)
身長・体重	cm kg	身長・体重	cm kg
携帯電話番号			
自宅電話番号			
携帯メールアドレス	@	<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp	

該当する□にレ点でチェックを入れる、あるいは該当するものを○で囲んで下さい。

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？

- 一般不妊治療(タイミング指導・人工授精)から再スタートしたい
採卵からスタートしたい 胚移植からスタートしたい 不育症・習慣流産の相談と治療
卵管鏡下卵管形成術を受けたい その他()

2. 直近の妊娠などの状況を教えてください。

G P _____

- 分娩した(分娩日: 20____年____月____日、在胎週数: ____週 ____日、経膈分娩・帝王切開、
出生体重 ____g、男・女、分娩時の状態: 生産・死産、分娩後の状況: 元気・その他、
母体合併症: 胎盤早期剥離・癒着胎盤・前置胎盤・高血圧・その他、分娩施設:)

- 流産した(処置日: 20____年____月____日、妊娠週数: ____週 ____日、流産手術・自然流産・子宮外妊娠手術、
絨毛染色体検査: 受けた(結果:)・受けなかった、治療施設:)

休んでいた

- 他院で治療を受けていた(タイミング・人工授精・体外受精・胚移植、最後の治療日: ____年____月)

3. 月経についてお尋ねします。

CD _____

- (1)最近の月経周期は順調ですか？ 順調(____日周期) 不順(短い時は____日、長い時は____日)
まだ月経が来ていない

- (2)分娩(処置)の後、最初の月経はいつからでしたか？ ____月 ____日～ ____月 ____日(____日間)

- (3)直近の月経(最終月経)はいつからですか？ ____月 ____日～ ____月 ____日(____日間)

4. いま授乳していますか？

- やめた(それはいつですか?: 20____年____月でやめた)
形だけ授乳している(1日 回くらい)
しっかり授乳中である(いつまで授乳を続ける予定ですか?:)

5. ご結婚についてお尋ねします。

- 以前と同じ(既婚 事実婚(未入籍) 未婚)
離婚した(20____年____月)
再婚した(20____年____月)

※今回、開始する治療・検査(ここは当院で記入します)
タイミング 人工授精 FT 採卵 融解胚移植
ERA検査 子宮内フローラ検査 PGT-A その他

6. 妊娠を希望してから(避妊せずに)どのくらいの期間が経過していますか？ : ____年 ____ヶ月

その間の夫婦生活について: 一定間隔できている セックスレスである その他(_____)

7. アレルギーについて再確認します。(下記の該当箇所に○をつけてください)

卵(有, 無) 牛乳(有, 無) 大豆(有, 無) アルコール消毒(有, 無) ヨード(造影剤等)(有, 無, ?) 花粉(有, 無)
その他(____)(____年____月), 症状:(かゆみ・発疹・吐き気・息苦しさ・血圧低下・その他_____)

8. 分娩(処置)後の子宮頸がん検診について

____年____月に受けた(結果: 異常なし・異常あり____) 受けていない

9. 分娩(処置)後に、風疹ワクチンを接種しましたか？ 接種した(____年____月)→再検査した(結果:)

接種していない 再検査していない