



新山口
こうのとり
クリニック

問 診 票

当院では、個人情報保護法に基づき、個人情報を厳重に管理しております。ご提供いただきました情報は外部に一切漏れることなくプライバシーは堅く守られますので、診察に必要な情報はできる限りお知らせくださいますようお願い申し上げます。

初診日 年 月 日 ID

| | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな | | ふりがな | |
| 妻氏名 | | 夫氏名 | |
| 生年月日 | S・H 年 月 日 (満 歳) | 生年月日 | S・H 年 月 日 (満 歳) |
| 職 業 | | 職 業 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 携帯番号 (妻) - (夫) - | 自宅番号 (.....) - | 当院からのご連絡 | <input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 可能な時間帯 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> (..... : ~ :) <input type="checkbox"/> 希望連絡先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 留守録 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG |

1. 来院された理由を教えてください。

- ① どのくらいの期間、妊娠しませんか？ 年 ヶ月 (結婚された年齢 才)
- ② 基礎体温表をつけていますか？ はい ・ いいえ
- ③ 今までに不妊治療を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
わかる範囲で結構ですので、受けたことのある検査や治療に○をつけてください。
 血液検査 ・ 精液検査 ・ 子宮卵管造影 ・ タイミング療法 ・ 人工授精 ・ 体外受精
- ④ クラミジアにかかったことがありますか？ はい ・ いいえ ・ わからない
- ⑤ 治療に関してのご希望を教えてください。
 人工授精希望 ・ 体外受精希望 ・ 男性不妊についての相談

2. 月経について教えてください。

- ① はじめて月経があったのは (.....) 才
- ② 一番、最近の月経はいつでしたか？ 年 月 日から 日間
- ③ 月経周期は 順調 (.....) 日型 ・ 不順 閉経 才
- ④ 月経の量は 多い ・ 普通 ・ 少ない
- ⑤ 痛みは ある ・ ない
- ⑥ 現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

3. 子宮がん検診を最後に受けられたのはいつですか？

- ① 年 月頃 ② 受けたことはない

4. 結婚・妊娠・出産について

- ① 結婚について 結婚（ S・H 年 月）・ 未婚（ H 年 月予定）
② 妊娠、分娩について教えてください。 分娩回数 回 ・ 流産 回 ・ 人工中絶 回

| 年 月 日 | 週 数 | 妊娠中、分娩の異常 | 体 重 | 性 別 |
|-------|-----|-----------|-----|-----|
| | 週 | | g | 男 女 |
| | 週 | | g | 男 女 |
| | 週 | | g | 男 女 |

5. 女性の方にお尋ねします

- ① 身 長 cm / 体重 kg
血液型 型 (RH + -) ※お分りにならなければ結構です
感染症 (HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎) その他 (.....)
② お酒 飲まない ・ 少しは飲む ・ よく飲む
③ たばこ 吸わない ・ 吸う 1日 (.....) 本
④ 現在服用中のお薬 (サプリメント・漢方を除く) はありますか 薬品名 (.....)
⑤ サプリメント・漢方を内服していますか 薬品名 (.....)
⑥ 睡眠 よく眠れる ・ 眠れない
⑦ 運動 よくする ・ 時々する ・ ほとんどしない

6. 今までにかかった病気・手術について

- ① 今までに下記の病気にかかったことがありますか？ (○をお入れください)
心臓 ・ 肝臓 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 膠原病 ・ 甲状腺 ・ 高血圧 ・ 卵巣のう腫 ・ 子宮筋腫
肝臓 ・ 虫垂炎 その他 (.....)
② 今までに手術を受けられたことはありますか？あればわかる範囲でご記入ください。

| 手術年月日 | 病 名 | どのような手術ですか？ | 手術をした病院名 |
|-------|-----|-------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- ③ アレルギーがありますか？
いいえ ・ ある 具体的に何のアレルギーがありますか？ (.....)

7. 家族歴 (わかる範囲で結構です)

- 家族の中に次の病気の方がいますか？
いない ・ いる (心臓 ・ 肝臓 ・ 遺伝病 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ がん)

8. 男性の方：健康状態についてお尋ねします

- ① 身長 cm / 体重 kg
- ② 血液型 型 (RH + -) ※お分かりにならない場合は結構です
- ③ 感染症 (HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎) その他 (.....)
- ④ お酒 飲まない ・ 少しは飲む ・ よく飲む
- ⑤ たばこ 吸わない ・ 吸う 1日 (.....) 本
- ⑥ アレルギー なし ・ あり (.....)
- ⑦ 今までに下記の病気にかかったことがありますか。また、現在治療中の病気はありますか。(○をお入れください)
 心臓 ・ 肝臓 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 膠原病 (リウマチなど) ・ 甲状腺疾患 ・ 高血圧 ・ 高脂血症
 腎臓 ・ 鼠径ヘルニア ・ 精神的な疾患 ・ 遺伝病 その他 (.....)
- ⑧ 現在、内服されている薬がありますか？
 なし ・ あり (薬品名：)
- ⑨ 今までに手術を受けられたことはありますか？あればわかる範囲でご記入ください。

| 手術年月日 | 病名 | どのような手術ですか？ | 手術をした病院名 |
|-------|----|-------------|----------|
| | | | |
| | | | |

- ⑩ 精液検査を受けられたことはありますか？
 なし ・ あり (所見： 病院名：)
- ⑪ お仕事で夜勤や出張などはありますか？
 なし ・ あり (..... 回/月程度)
- ⑫ 就労の状況を含む社会的要因でお困りのことはありますか？
 (.....)

9. 他の病院で不妊治療を受けられたことがある患者様へ

- ① どちらの病院にかかれていましたか？

| | |
|-----------|------|
| 年 月 ~ 年 月 | 施設名： |
| 年 月 ~ 年 月 | 施設名： |
| 年 月 ~ 年 月 | 施設名： |
| 年 月 ~ 年 月 | 施設名： |

- ② 体外受精を受けられた方にお尋ねします。治療歴の記入をお願いします。

| 治療名 | 施工年月日 | 採卵数 | 胚移植 | 診療区分 |
|-------------------------|-------|-----|-----|-------|
| 体外受精・顕微授精・その他 (.....) | | 個 | 有・無 | 保険・自費 |
| 体外受精・顕微授精・その他 (.....) | | 個 | 有・無 | 保険・自費 |
| 体外受精・顕微授精・その他 (.....) | | 個 | 有・無 | 保険・自費 |
| 体外受精・顕微授精・その他 (.....) | | 個 | 有・無 | 保険・自費 |
| 体外受精・顕微授精・その他 (.....) | | 個 | 有・無 | 保険・自費 |
| 体外受精・顕微授精・その他 (.....) | | 個 | 有・無 | 保険・自費 |
| 体外受精・顕微授精・その他 (.....) | | 個 | 有・無 | 保険・自費 |