

## 問 診 票

ご記入日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日



下記の間診は、とても大切な質問です。プライベートな事柄もございますが、あなたのことを十分に理解するための質問であることをご了承ください、お答え下さいますようお願いいたします。

草津レディースクリニック 院長 森 敏恵

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご職業 \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_ 型 身長 \_\_\_\_\_ cm

## ●本日の受診目的について

1. あてはまるものに○をつけてください 妊娠希望 / その他  
\*「その他」の場合 本日の受診理由： ( )

## ●子宮がん検診について

1. 子宮頸がん検診をこの2年以内に受けていますか? はい / いいえ  
\*「はい」とお答えの場合 検査日：(西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
結 果：( 異常なし / 経過観察中 )

## ●月経について

1. 月経は何歳から始まりましたか? ( ) 歳  
2. 月経は規則的ですか? 規則的 / 不規則  
3. 月経周期は何日型ですか? ( ) 日型  
4. 月経は何日間続きますか? ( ) 日間  
5. 月経量はどう感じますか? 多い / 普通 / 少ない  
6. 月経痛はありますか? ある(薬使用) / ある(薬未使用) / ない  
7. いちばん最近の月経が開始した日はいつですか? 年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## ●生活習慣について

1. 喫煙はしますか? はい / いいえ  
\*「はい」とお答えの場合 喫煙本数： 1日 ( ) 本を ( ) 年間  
2. 飲酒はしますか? はい / いいえ  
\*「はい」とお答えの場合 頻度： 月に ( ) 日程度 / 週に ( ) 日程度 / ほぼ毎日  
3. 性交渉の経験はありますか? はい / いいえ

## ●結婚歴について

1. 現在、当てはまるものに○をつけてください 既婚 / 事実婚 / 結婚予定 / 未婚  
\*「既婚」の場合 ご結婚年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳時  
2. 離婚歴はありますか? はい / いいえ

●既往歴について

|   |          |
|---|----------|
| 1. 喘息はありますか？  | はい / いいえ |
| 2. 薬のアレルギーはありますか？<br>*「はい」の場合 薬品名：（ ）   | はい / いいえ |
| 3. 食物のアレルギーはありますか？<br>*「はい」の場合 食物名：（ ）  | はい / いいえ |
| 4. ゴム製品に対するアレルギーはありますか？   | はい / いいえ |
| 5. 現在使っているお薬はありますか？<br>*「はい」の場合 薬品名：（ ）   | はい / いいえ |
| 6. 血栓症、心筋梗塞、脳梗塞と言われたことはありますか？   | はい / いいえ |
| 7. 今まで病気にかかったことはありますか？<br>(特に心臓、肝臓、高血圧、糖尿病、腎臓、甲状腺、精神病、結核など)<br>*「はい」の場合 ( )歳 病名：( )<br>( )歳 病名：( )<br>( )歳 病名：( ) | はい / いいえ |
| 8. 今まで手術を受けたことはありますか？(婦人科以外の手術も含む)<br>*「はい」の場合 ( )歳 手術名：( )<br>( )歳 手術名：( )<br>( )歳 手術名：( )                       | はい / いいえ |

●ご家族について

|   |          |
|---|----------|
| 血の繋がった家族の方で、病気の方はいますか？<br>(特に糖尿病、甲状腺疾患、血栓症、心筋梗塞、脳梗塞、高血圧)<br>*「いる」とお答えの場合 血縁関係：( ) 病名：( )<br>血縁関係：( ) 病名：( ) | いる / いない |
|---|----------|

●今までに妊娠したことがありますか？

はい / いいえ

\*「はい」とお答えの場合、その転帰をわかる範囲で教えてください

| 西暦・年月日 | 年齢 | 週数 | 転帰                         | 体重 | 性別  | 妊娠方法  |
|--------|----|----|----------------------------|----|-----|-------|
| 年 月 日  | 歳  | 週  | 経膈分娩 / 帝王切開<br>自然流産 / 人工中絶 | g  | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日  | 歳  | 週  | 経膈分娩 / 帝王切開<br>自然流産 / 人工中絶 | g  | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日  | 歳  | 週  | 経膈分娩 / 帝王切開<br>自然流産 / 人工中絶 | g  | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日  | 歳  | 週  | 経膈分娩 / 帝王切開<br>自然流産 / 人工中絶 | g  | 男・女 | 自然・治療 |
| 年 月 日  | 歳  | 週  | 経膈分娩 / 帝王切開<br>自然流産 / 人工中絶 | g  | 男・女 | 自然・治療 |

《《妊娠に向けての治療を希望される方は引き続き、次のページにもお答えください》》

●妊娠希望の方へ

実際に妊娠を希望されてからどれくらい経ちますか？ 年 月 日

●妊娠に向けての治療歴について

今までに治療のため、通院されたことはありますか？ はい / いいえ

※「はい」とお答えの方は、ご記入下さい

1. 通院されていた病院はどこですか？ 病院名：（ ）
2. 治療の期間はどれくらいですか？ 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
3. 原因は何と診断されましたか？ （ ）
4. 検査を受けたことはありますか？ はい / いいえ

\*「はい」とお答えの場合 一つ、どのような検査を受け、どのような結果でしたか？

- |                  |        |     |   |     |    |     |     |
|------------------|--------|-----|---|-----|----|-----|-----|
| A. 子宮卵管造影・通水検査   | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| B. ホルモン検査        | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
|                  | 検査時期：( | 生理中 | / | 高温期 | /  | 不明) |     |
|                  | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
|                  | 検査時期：( | 生理中 | / | 高温期 | /  | 不明) |     |
| C. クラミジア検査       | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| D. 空腹時血糖とインスリン検査 | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| E. 甲状腺検査         | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| F. 抗ミューラー管ホルモン検査 | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| G. 抗精子抗体検査       | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| H. 風疹抗体検査        | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| I. 精液検査          | (検査日   | 年   | 月 | 頃   | 正常 | /   | 異常) |
| J. その他           | (      |     |   |     |    |     |     |

5. 今までどのような治療を受けられましたか？

- |             |                    |
|-------------|--------------------|
| A. タイミング療法  | 回                  |
| B. 人工授精     | 回                  |
| C. 排卵誘発剤を使用 | 内服 ( ) 周期 薬品名： ( ) |
|             | 注射 ( ) 周期 薬品名： ( ) |
| D. 体外受精     | あり / なし            |
| E. 顕微授精     | あり / なし            |
| F. 腹腔鏡手術    | 年 月 日              |
| G. その他      | ( )                |

6. この度、当院に変わられた理由を教えてください ( )

●治療方針について

どこまでの治療を希望されていますか？下記の中からあてはまるものに○をしてください。 ※複数選択可

- |                 |   |                      |
|-----------------|---|----------------------|
| タイミング療法までを考えている | / | 排卵誘発剤を使用した治療までを考えている |
| 人工授精までを考えている    | / | 体外受精および顕微授精までを考えている  |
| 場合によっては手術も考えている | / | できる限りの治療を望んでいる       |
| わからない(説明を聞いてから) | / | その他 ( )              |

●ご主人について

|                            |            |   |             |
|----------------------------|------------|---|-------------|
| 1. ご主人は何歳ですか？              |            |   | 歳           |
| 2. 病気があったり、飲んでいる薬はありますか？   | はい         | / | いいえ         |
| *「はい」とお答えの場合               | 病名や薬品名：（ ） |   |             |
| 3. 性生活はありますか？              | はい         | / | いいえ         |
| *「いいえ」とお答えの場合              | 理由：（ ）     |   |             |
| 4. ご主人は喫煙しますか？             | はい         | / | いいえ         |
| 5. 妊娠に向けての治療に理解や協力は得られますか？ | はい         | / | いいえ / わからない |

●環境について

|                           |         |   |     |
|---------------------------|---------|---|-----|
| 1. ご主人は当院に受診することを知っていますか？ | はい      | / | いいえ |
| 2. ご主人以外に相談者はいますか？        | はい      | / | いいえ |
| *「はい」とお答えの場合              | 相談者：（ ） |   |     |
| 3. あなたはストレスを感じていますか？      | はい      | / | いいえ |

●当院からのご連絡について

|  |     |   |     |
|--|-----|---|-----|
| 1. つながりやすいご連絡先をご記入ください                 | （ ） | — |     |
| 2. お電話または手紙を送付する際、クリニック名を名乗ってもよろしいですか？ | はい  | / | いいえ |
| *「いいえ」とお答えの場合、連絡方法をご記入ください             | （ ） |   |     |

●あなたが今、気になっていることやご希望がありましたら、私たちにお聞かせください。