

問診票(生殖医療)

大宮レディスクリニック

記入日： 年 月 日

フリガナ	生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日(満 歳)
お名前 (ID)	職業	事務・営業・サービス業・専門技術職・自営業・医師・看護師 その他医療従事者()・主婦・その他()
フリガナ	生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日(満 歳)
ご主人お名前 (ID)	職業	事務・営業・サービス業・専門技術職・自営業・医師・看護師 その他医療従事者()・主婦・その他()
電話番号： 自宅番号 — — Eメール @ 携帯番号 — — 携帯番号(ご主人) — —		
フリガナ 〒 —		
都 道 市 区 府 県 町 村		
フリガナ	電話	
緊急連絡先 続柄 様()	住所 〒 —	

妻) 身長 cm / 体重 kg

★初診前説明会動画 見た ・ 見ていない

夫) 身長 cm / 体重 kg

※ご記入いただいた内容は電子カルテに取り込み、用紙は個人情報保護法に基づき適切に処分致します。

問診担当者： _____

1)ご希望する項目にお答えください。

①当クリニックで希望される診療をお選びください(複数回答可)

1.一般不妊治療 2.人工授精 3.体外受精 4.顕微授精 5.凍結解凍胚移植

②当クリニックの特長でもある「栄養療法」についてご希望する項目をお選び下さい。

1.食事指導のみ 2.サプリメント併用 3.分子整合医学検査・特殊検査 4.今後検討の可能性あり 5.どれも希望しない

③結婚歴についてお答えください。

未婚 ・ 既婚 結婚年月日：(西暦) 年 月 日()歳

2)不妊期間についてお答えください。

①実質避妊していないが妊娠しなかった期間はどのくらいですか。

年 月 (避妊期間) (西暦) 年 月 ~ 年 月

②現在の性生活についてお答えください。

1ヶ月の性生活の回数 (回) (sexless などあればお書きください：)

性交痛： なし ・ あり

3)月経についてお答えください。

①初潮： 歳

②月経： 順調 ・ 不順 周期： 日(生理期間 日)

③最終月経：(西暦) 年 月 日 ※最近の生理が始まった日をご記入ください。

4) 妊娠歴についてお答えください。

妊娠したことはありますか？ はい ・ いいえ ※はいの方は下記に表にご記入ください。

	妊娠した年 (西暦)	年齢	不妊治療	妊娠経緯	妊娠経過			出産 体重	性別	特記事項
					該当するものに○ をつけてください	週数	出産状況			
1	年	歳	有 ・ 無	自然 人工授精 体外受精	分娩・子宮外妊娠・流産 中絶・早産・死産	週	経膈 帝王切開	g	男 女	妊娠中： 出産後： 児の異常：
2	年	歳	有 ・ 無	自然 人工授精 体外受精	分娩・子宮外妊娠・流産 中絶・早産・死産	週	経膈 帝王切開	g	男 女	妊娠中： 出産後： 児の異常：
3	年	歳	有 ・ 無	自然 人工授精 体外受精	分娩・子宮外妊娠・流産 中絶・早産・死産	週	経膈 帝王切開	g	男 女	妊娠中： 出産後： 児の異常：

5) 既往歴についてお答えください。

① 今までに大きな病気や手術をしましたか。

妻) なし ・ あり	夫) なし ・ あり
病名： (西暦) 年 月 (西暦) 年 月	病名： (西暦) 年 月 (西暦) 年 月
治療：	治療：

② 手術の時、麻酔トラブルはありましたか。 なし ・ あり ・ わからない

ありの方はどのようなトラブルでしたか。()

6) 現在、服用中のお薬はありますか。

妻) なし ・ あり	夫) なし ・ あり
病名またはお薬名：	病名またはお薬名：

7) アレルギーに関してお答えください。

局所麻酔(歯科麻酔)で何か副作用はありましたか。	はい	いいえ
抗生剤で何か副作用はありましたか。	はい	いいえ
消毒薬(ヨード系)で何か副作用はありましたか。	はい	いいえ
ホルモン剤で何か副作用はありましたか。	はい	いいえ
ラテックスアレルギーと言われたことはありますか。	はい	いいえ
ボルタレンで何か副作用はありましたか。	はい	いいえ
食物アレルギーはありますか。 はいの方はどのような食べ物ですか。()	はい	いいえ
上記以外のアレルギーがありましたらご記入ください。()		

8) 家族歴についてお答えください。

① 家族の方で該当する場合は()内に続柄をご記入ください。(例：父・母・姉・祖母など)

1.糖尿病 2.高血圧 3.心疾患 4.甲状腺疾患 5.膠原病 6.その他() 7.なし
() () () () ()

② 家族の方で手術の時、麻酔のトラブルはありましたか。 なし ・ あり ・ わからない

