

問診票

年 月 日 初診 (記入しないでください)

婦人科・泌尿器科



カルテ No. (記入しないでください)

ふりがな

お名前 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)

1. 受診された理由を教えてください (当てはまる項目に○をつけてください)

不妊原因検査 / タイミング指導 / 人工授精 / 体外受精 / 不妊ドック / その他 ()

2. あなたの月経について

- ・最終月経はいつでしたか? 現在生理中の方もご記入ください。(年 月 日 本日月経 日目)
- ・初潮はいつでしたか? (歳) / 月経周期は何日ですか? (日)
- ・月経は何日くらい続きますか? (日間) ・月経の時痛みますか? はい / いいえ
- ・月経の量はどれくらいですか? 多い / 普通 / 少ない
- ・他に気になることがあればご記入ください。()

3. 結婚・妊娠・分娩について

- ・入籍したのはいつですか? (昭・平 年 月 日) 初婚 ・ 再婚 / 未入籍
- ・セックスの経験はありますか? はい / いいえ
- ・性生活はどれくらいですか? (1カ月の性交回数 約 回)
- ・不妊期間 (年 月) 避妊期間 (年 月 ~ 年 月)
- ・妊娠したことはありますか? はい / いいえ

妊娠時期	妊娠の方法			
年 月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産 (週) 胎囊 (+ -) 心拍 (+ -) 掻爬術 (+ -)
年 月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産 (週) 胎囊 (+ -) 心拍 (+ -) 掻爬術 (+ -)
年 月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産 (週) 胎囊 (+ -) 心拍 (+ -) 掻爬術 (+ -)
年 月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産 (週) 胎囊 (+ -) 心拍 (+ -) 掻爬術 (+ -)
年 月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産 (週) 胎囊 (+ -) 心拍 (+ -) 掻爬術 (+ -)

※分娩の場合

出産日	分娩様式	妊娠週数	児出生時体重	性別	生後発育状況
年 月	経膣 / 帝王切開			男 / 女	
年 月	経膣 / 帝王切開			男 / 女	

4. 今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ・病気になったことや手術を受けたことはありますか? はい / いいえ
- ・主な病気は () () 歳の時 () () 歳の時
- ・手術は () () 歳の時 () () 歳の時
- ・喘息にかかったことはありますか? はい / いいえ
- ・高血圧、糖尿病の診断を受けたことがありますか? はい / いいえ
- ・輸血や血液製剤の投与を受けたことがありますか? はい / いいえ
- ・B型、C型肝炎の検査で陽性になったことはありますか? はい / いいえ
- ・現在内服中の薬はありますか? (漢方薬も含みます) はい / いいえ
『はい』と回答された方は、薬の名前、種類をお書きください。()
- ・今まで薬や注射で副作用 (アレルギー) を起こしたことはありますか? はい / いいえ
『はい』と回答された方は、薬の名前、種類をお書きください。()

5. その他

- ・子宮頸がんの検査を1年以内に受けたことがありますか？ はい (H 年 月) / いいえ
『はい』と答えた方は、検査結果をどのように聞いていますか？ (異常なし / 経過観察中)
- ・風疹について、過去に感染の既往はありますか？ はい / いいえ
ワクチン接種既往はありますか？ はい / いいえ
- ・風疹抗体検査を受けたことはありますか？ はい (年 月 抗体価) / いいえ
- ・喫煙はされますか？ はい (1日 本くらい) / いいえ / 前にしていた (年前まで)
- ・サプリメント、栄養補助食品をとっていますか？ はい / いいえ
『はい』と回答された方は、名前、種類、1日の量をお書きください。()

6. ご家族の健康状態について

- ・ご主人に特別な病気はありますか、また、継続して内服している薬はありますか？
はい (遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他 ()) 内服薬名 () / いいえ
- ・その他のご家族の中に特別な病気の方はいますか？
はい (遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他 ()) / いいえ

7. 今まで受けたことのある不妊検査があれば記入してください。

検査項目	検査結果	施行日
子宮卵管造影検査 (または通水検査)	右：正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他 ()	
	左：正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他 ()	
精液検査 (一番良好なデータ)	精液量 (ml) 濃度 (万 ml) 運動率 (%) 奇形率 (%)	
ヒューナーテスト	良好・やや不良・不良・その他 ()	
感染症、クラミジア	正常・異常 異常があった項目 ()	
甲状腺機能	正常・高進・低下 / 内服薬 ()	
その他		

- ・ご夫婦の染色体検査を受けたことはありますか？
あなた : はい / いいえ (結果:) ご主人 : はい / いいえ (結果:)

8. 今まで受けたことのある不妊治療

- ・タイミング () 回、人工授精 () 回、体外受精 () 回

9. 体外受精を行ったことがある場合はご記入ください

採卵年月	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	凍結胚数		施設名
						分割胚	胚盤胞	
年 月					有・無			
年 月					有・無			
年 月					有・無			
年 月					有・無			
年 月					有・無			

凍結胚移植年月	移植方法	移植胚	個数	判定日のhCG値	胎嚢の有無
年 月	自然・ホルモン補充	分割・胚盤胞			有・無
年 月	自然・ホルモン補充	分割・胚盤胞			有・無
年 月	自然・ホルモン補充	分割・胚盤胞			有・無
年 月	自然・ホルモン補充	分割・胚盤胞			有・無

・あなたの 身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 Rh (+ / -)

ご記入ありがとうございます。

お名前 _____

カルテ No. _____