

## 問 診 表

年	月	日	初診	
フリガナ				
氏 名 :	生年月日 : S・H		年 月 日	歳
フリガナ				
ご主人名 :	生年月日 : S・H		年 月 日	歳
職 業 :	夫 (			) 妻 (
住 所 :	〒			
電話番号 :	FAX 番号(電話番号と同じ場合は不要) :			
携 帯 Tel :				
☆不明な項目については空欄のままご提出下さい				
結婚年齢 : 妻 歳				
結婚後の避妊期間 : ある ( 年 月 ~ 年 月まで ) ・ ない				
<u>来院の理由</u>				
①子供が欲しい ②その他 ( )				
<u>月経について</u>				
1. 初潮 : 歳 2. 月経周期 : 順調 日型 ・ 不順 ・ 無月経				
3. 一番最近の月経はいつ頃ですか? : 月 日から 日間				
<u>健康状態について</u>				
1. 身長 : cm 体重 kg 血液型 型 Rh ( )				
2. 妊娠したことはありますか? : ない ・ ある				
※あると答えた方は3~5の質問にお答え下さい。				
3. 出産されたことはありますか? : ない ・ ある				
出産歴 : 年 月 歳 (正常分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 { )				
4. 流産されたことはありますか? : ない ・ ある 回 ( 歳 ) ・ 中絶 回 ( 歳 )				
5. 子宮外妊娠されたことはありますか? : ない ・ ある ( 歳 )				
6. 今までにかかった主な病気 :				
妻 [ ] 夫 [ ]				
7. 薬剤アレルギーはありますか? : ない ・ ある (薬剤名 : )				
8. 常用薬はありますか? : ない ・ ある (薬剤名 : )				
9. 喘息にかかったことはありますか? : ない ・ ある				
<u>今までの不妊検査・治療について</u>				
1. 基礎体温をつけているか : つけている ・ つけていない ・ 過去につけていたことがある				
2. 今までに不妊に関して他の病院を受診したことがありますか : ない ・ ある				
※あると答えた方は3~4の質問にお答え下さい。				
3. 受診されていた病院名と期間、行った治療についてお書きください				
[ ]				
4. 以下の検査で受けた事のあるものに○をつけてください。				
ホルモン検査 ・ 卵管の検査 ・ ヒューナーテスト (性交渉後試験)				
腹腔鏡検査 ・ 子宮鏡検査 ・ 精液検査				