

岡本ウーマンズクリニック外来問診票

ふりがな() 初診日 平成 年 月 日
 お名前 生年月日 昭和・平成 年 月 日()歳
 身長 cm 体重 kg

診察がスムーズに行えるように、お手数ですができるだけくわしくお書き下さい。

- 御結婚された日を教えてください。 昭和・平成 年 月 日(才)
- 御結婚後、避妊されていた期間がありますか。 なし・ある(年 カ月)
- 今までに不妊症の治療を受けたことがありますか。 なし・ある
 あると答えた方はわかる範囲で結構ですので、下記の項目についてお書き下さい。

治療期間	治療内容(検査・内服注射・人工授精・体外受精など)	病院名
追加要素		

- ①最終月経はいつですか。 平成 年 月 日(日間)
- ②その前の生理は順調でしたか。 前回 平成 年 月 日(日間)
- ③周期はどうか。 順調(日間) 不順(日～ 日周期) 量(多・普・少)
- ④生理痛はありますか。 なし・ある(症状) 程度(軽・中・重)
- ⑤初潮はおいくつの時ですか。(歳)
5. 妊娠したことがありますか。 なし・ある
 あると答えられた方は、時期とその経過についてお書き下さい。

年月日	週数	経過(正常産・流産・子宮外妊娠・中絶など) ※ご主人が御承知ない経過については右枠に○をつけて下さい	

最後の妊娠より()年経過

6. ①今までに入院や長く通院するような病気、または手術をされたことがありますか。
なし ・ ある

あると答えられた方は、時期、病名についてお書き下さい。

時期 _____ 病名 _____

- ②今現在、治療中の病気はありますか。 なし ・ ある

病名:

内服薬名(漢方など):

- ③何か特別の体質ですか。 アレルギー体質 なし ・ ある
喘息 アトピー 蕁麻疹(原因 _____) 花粉症 鼻炎
抗生物質(薬品名 _____) その他薬品食物など(種類 _____)

- ④子宮癌の検診を受けられたことがありますか。

なし ・ ある (時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

7. ①奥様は煙草を吸っていますか。 はい ・ いいえ

- ②「はい」と答えた方 喫煙歴 (_____)歳から(_____)歳まで
 1日の本数 (_____)本

8. 奥様の飲酒について 飲まない 毎日 一週間に _____ 日程度
 (飲酒の種類 _____)

9. 現在の職業(職種名と勤務体制を具体的にご記入下さい)

夫 _____ 妻 _____

10. ①現在ご主人の治療中の病気はありますか。又、これまでに病気されたことがありますか。
 なし ・ ある (_____)

- ②精液検査を受けられたことがありますか。 なし ・ ある (時期 _____)

- ③治療についてご主人はどうですか。 協力的 ・ あまり協力的でない

11. 不妊治療についてどこまで希望されていますか(現在のお考えで結構です。)

タイミング法 人工授精 体外受精 その他(_____)

12. 治療を行っていく上で心配なこと、ぜひ聞いておきたいことはありますか。

13. 当院についてどこで、あるいは何でお知りになりましたか。

インターネット ホームページ 知人の紹介 雑誌
他院からの紹介(病院名 _____) その他(_____)

ご記入ありがとうございました。お済みになりましたらこの用紙を受付にお渡し下さい。

敬具 院長