

女性問診票

来院日：西暦

年 月 日

フリガナ	生年月日
氏名	西暦 年 月 日(才)
携帯番号	ご職業 フルタイム・パート
血液型 型 RH ()	身長 cm 体重 Kg
〒	自宅電話番号
ご住所	メールアドレス
通院しやすい曜日・時間帯	

・当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するよう努めております。
 ・必要に応じてお預かりしましたお電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にお答えください。答えにくいものは無回答で大丈夫です。

1) このクリニックのことは何でお知りになりましたか

- ホームページを見て 知人から聞いて 医師から紹介されて 不妊症の本を見て
 その他()

2) 本日来院された理由を教えてください。複数でも結構です。

婦人科 (具体的には:)

こどもがほしい → 2枚目の不妊症問診票もお書きください。

一般不妊治療希望 (タイミング指導・人工授精) 体外受精希望 (顕微授精含む)

不育症検査希望

反復着床不全検査希望

※体外受精説明会受講の方 → 年 月の体外受精説明会に参加した。

レディースチェック (ブライダルチェック) 希望

その他 ()

3) 月経について

最近の月経はいつですか? 年 月 日より 日間 初経 () 歳・閉経 () 歳

月経周期は? 25~38日:()日周期 24日より短い 39日以上 3か月以上

月経時の症状は? 量がかなり多い 量が少ない 月経痛が強い 月経時鎮痛剤使用 (薬名:)

4) 子宮頸がん検診を受けたことはありますか? なし・あり → 最後に受けたのは () 年 () 月

5) 6ヶ月以内に不正出血はありましたか? なし・あり → 排卵の頃ですか? はい・いいえ

6) 性交の経験はありますか? ある・ない → 経膈超音波 (できる・できない・わからない)

7) 喘息の有無 なし・あり → 最終発作 () 歳、現在薬の使用 あり・なし

8) アレルギーの既往 なし・あり → 薬 食物 アルコール ラテックスゴム 麻酔薬

その他 (原因物質: 症状:)

9) 既往歴 (歳 病名: → 使用薬 _____ ・完治・経過観察中)

10) 手術歴 (歳 病名: → 手術名 _____)

11) 家族歴 ご家族の中に何か病気の方がいますか? いない・いる → (遺伝病・糖尿病・がん・血栓症・

その他 ()

12) 結婚歴 年 月 歳で結婚し今 (同居・別居) 交際中 離婚・死別

13) 妊娠・分娩歴 () 回妊娠 () 回出産 → 現在、授乳中ですか? (はい・いいえ)

年月	週数	体重	性別	経膈分娩	帝王切開	流産	中絶
西暦 年 月	週	g	男・女				
西暦 年 月	週	g	男・女				
西暦 年 月	週	g	男・女				
西暦 年 月	週	g	男・女				

不妊初診の方は、2枚目もご記入ください。

神田ウイメンズクリニック 2020/2/1