

女性問診票

来院日: 20 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日: 西暦	年	月	日 (才)
血液型	型 RH()	身長:	cm	体重: Kg
住所	〒			
携帯番号	メールアドレス			
ご職業	フルタイム・パート 勤務地() 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・保護するように努めております。
 ・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。

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 卵子凍結 その他()

3) 月経について

最近の月経はいつですか? (20 年 月 日)より ()日間 初経()歳
 月経周期は?(~)日周期 (平均 日)

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 結果()

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) 乳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 結果()

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

8) 喘息の有無(※咳ぜんそくは含みません) なし・あり→最終発作()歳

現在薬の使用 なし・あり(薬剤名:)

9) アレルギーの既往 なし・あり → 薬() 症状()

食物() 症状()

アルコール ラテックスゴム 麻酔薬 その他()

10) 既往歴・手術歴

年齢	病名	使用薬	手術の有無	経過
			有・無	完治・経過観察中
			有・無	完治・経過観察中
			有・無	完治・経過観察中

11) 家族歴 ご家族の中に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) 事実婚 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	分娩様式	流産	中絶
西暦 年 月	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	手術→有・無	
西暦 年 月	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	手術→有・無	
西暦 年 月	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	手術→有・無	
西暦 年 月	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	手術→有・無	

不妊初診の方は、2枚目もご記入ください。

神田ウィメンズクリニック 2022/4/1