

# 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				
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(タイミング指導・人工授精)  体外受精(顕微授精含む)  不育症検査  
 反復着床不全検査  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 (周期の平均 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 2023/11/18