

問診票

問診Ns【 】

本人	ふりがな	身長： cm	体重： kg
	氏名 歳	※血液型： 型 Rh(+・-)	職業：
夫 (パートナー)	ふりがな	身長： cm	体重： kg
	氏名 歳		職業：

※ 血液型につきましては、検査データがあれば持参してください。

1. 受診された目的はどれですか？（複数選択可） 不妊期間： 年 か月

- 異常がないか検査を受けたい
- 不妊治療を受けたい
  - タイミング療法     人工授精     体外受精
- 相談したい \_\_\_\_\_
- セカンドオピニオン（通院施設： \_\_\_\_\_）

2. アレルギー、嗜好品について

薬物アレルギー：なし・あり（ <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） *薬品名が分かる場合、記入して下さい（ _____ ）
食物アレルギー：なし・あり（ <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
その他：なし・あり（ <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
喫煙：吸わない・吸う（ _____ 本/日、 _____ 歳から）
飲酒：飲まない・飲む（ _____ 回/週）
喘息：なし・あり 発症年齢 _____ 歳 西暦 _____ 年 _____ 月 最終発作 西暦 _____ 年 _____ 月 現在治療 なし・あり 使用薬剤（ _____ ）
麻酔を受けたことが なし・あり 麻酔の種類 全身麻酔・局所麻酔 *歯科の麻酔を含む 麻酔によるトラブル なし・あり（ _____ ）
常用薬剤：なし・あり（ _____ ）

3. 持病、既往歴について

※ 子宮・卵巣等の婦人科疾患だけでなく、クラミジア感染, 高血圧, 糖尿病, 甲状腺機能異常, 自己免疫疾患, 遺伝病等の持病もご記入ください。

病名	発病年齢 時期(西暦 年月)	治療経過	治療施設
	歳 年 月	治療済・治療中・未治療	
	歳 年 月	治療済・治療中・未治療	
	歳 年 月	治療済・治療中・未治療	

4. 手術歴について

病名	手術名	年齢 時期(西暦 年月)	実施施設	合併症や輸血など
		歳 年 月		
		歳 年 月		
		歳 年 月		

5. ご家族について (ご自分の両親・兄弟・子供で下記のご病気があれば○をつけください)

・糖尿病 ・高血圧 ・癌 ・重篤な遺伝病

6. 夫婦生活について

・頻度： 回/週・月 性交痛 (なし・あり)  
 ・夫について：勃起できない・挿入できない・射精できない  
 激務・単身赴任中 (国内・海外)

7. 婚姻歴について

本人	<input type="checkbox"/> 初婚	入籍年月日：20 年 月 日 ( 歳)
	<input type="checkbox"/> 再婚	離婚年月日：20 年 月 日( 歳) 再婚年月日：20 年 月 日( 歳) 前夫との子：なし・あり
	<input type="checkbox"/> 未婚	入籍予定：なし・あり (20 年 月)
夫 (パートナー)	<input type="checkbox"/> 初婚	
	<input type="checkbox"/> 再婚	前妻との子：なし・あり

8. 妊娠歴について (あり・なし) 化学流産 (あり・なし)

※ 化学流産とは子宮内に胎嚢 (赤ちゃんの袋) が見えないごく初期の妊娠/流産のことです。

妊娠	妊娠経過	出産年月日 (出産年齢)	週数	児の性別 出生体重	妊娠中や分娩時の異常 当てはまるものに○	病院名
自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	20 年 月 日 ( 歳)	週	男・女 g	重症悪阻・切迫早産 羊水胎盤異常・高血圧 分娩時出血多量	
自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	20 年 月 日 ( 歳)	週	男・女 g	重症悪阻・切迫早産 羊水胎盤異常・高血圧 分娩時出血多量	
自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	20 年 月 日 ( 歳)	週	男・女 g	重症悪阻・切迫早産 羊水胎盤異常・高血圧 分娩時出血多量	
自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	20 年 月 日 ( 歳)	週	男・女 g	重症悪阻・切迫早産 羊水胎盤異常・高血圧 分娩時出血多量	

9. 月経について (最近3ヶ月の状況) 本日生理 \_\_\_\_\_ 日目

最終月経：20 年 月 日 ～	授乳：なし・あり・断乳後 ( か 月)	産後月経再来日：20 年 月 日
月経周期： ～ 日 (月経周期不順：なし・あり)	持続期間： 日間	初経： 歳
月経量：多・普通・少 月経痛：無・軽・中・重 (下腹部痛・腰痛・頭痛・吐き気) (鎮痛剤 なし・あり)		
その他の症状 不正出血・異常乳汁 (漏出)・その他 ( )		

10. 今までに行った不妊に関する検査 \*以下に関する検査データがあれば持参してください。

血液型	ホルモン検査 高温期
子宮頸がん検査	AMH(抗ミュラー管ホルモン)
風疹抗体検査	抗精子抗体検査
麻疹抗体検査	フーナー検査
成人以後の風疹ワクチン接種	子宮卵管造影検査
成人以後のMR麻疹風疹ワクチン接種	精液検査
クラミジア抗体検査(血液)	B型肝炎
クラミジア抗原検査(おりもの)	C型肝炎
TSH(甲状腺刺激ホルモン)	梅毒
ホルモン検査 生理中	HIV

11. 不妊に関する治療歴

①病院名： \_\_\_\_\_、20\_\_\_\_年\_\_\_\_月～20\_\_\_\_年\_\_\_\_月まで  
 受けた治療に○をして記入して下さい。

	タイミング療法	回	使用した薬剤：
	人工授精	回	使用した薬剤：
	体外受精 採卵	回	ロング法・ショート法・アンタゴニスト法 クロミッド法・クロミッド+HMG/FSH法・自然周期法
	胚移植	回	ホルモン補充療法周期・自然周期
	その他		

②病院名： \_\_\_\_\_、20\_\_\_\_年\_\_\_\_月～20\_\_\_\_年\_\_\_\_月まで  
 受けた治療に○をして記入して下さい。

	タイミング療法	回	使用した薬剤：
	人工授精	回	使用した薬剤：
	体外受精 採卵	回	ロング法・ショート法・アンタゴニスト法 クロミッド法・クロミッド+HMG/FSH法・自然周期法
	胚移植	回	ホルモン補充療法周期・自然周期
	その他		

12. 診察、治療についてご本人の希望はありますか？

\_\_\_\_\_

13. ご主人様は、不妊治療についてどのようにお考えですか？

\_\_\_\_\_

14. 受診・治療について不安はありますか？当てはまるところに○をつけてください。

とても不安・少し不安・あまりない・まったくない

## 以下は、ご主人についてお答えください。

1. 現在の健康状態 健康 病気あり ( )

2. 常用薬 なし あり ( )

3. 今までに病気にかかったことがありますか？

精巣疾患・甲状腺疾患・放射線治療・鼠径ヘルニア・おたふく・外陰部の外傷を含む

なし あり ( 歳 病名 ; )

4. アレルギー、嗜好品など

薬物アレルギー なし あり ( )

食物アレルギー なし あり ( )

その他のアレルギー なし あり ( )

喘息 なし あり

喫煙 なし あり ( 本/日 )

飲酒 なし あり ( 毎日 ・ 時々 )

5. 生活習慣について

サウナや熱めのお風呂によくは入りますか？ いいえ 時々 よくはいる

自転車やバイクに良く乗りますか？ いいえ 時々 よく乗る

6. 精液検査を希望しますか？

する しない (理由 : )

7. その他気になることやご質問があればご記入ください。

## 【受付用紙】

**\* ご本人・パートナーの方、1人1枚ご記入ください。**

**(妊活健診の方はご本人のみご記入ください。)**

\*2階受付に保険証と一緒に提出して下さい。

\*氏名・住所・電話番号に変更がある場合、再度提出が必要となります。

受付用紙をお渡ししますので受付窓口へお声がけください。

			記入日	20	年	月	日	
ふりがな							性別	男・女
氏名							年齢	才
生年月日	昭和・平成 年 月 日							
住所	〒 -							
電話	携帯 ( ) - 自宅 ( ) -							
妻・夫/パートナー	ふりがな							
	氏名							
受診歴のある方はご記入ください。 アルテミス ウイメンズ ホスピタル ID:								

## 【保険証について】

当院ではマイナンバーカードなどを利用したオンライン資格確認システムを導入しております。

診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

厚生労働省の規定により、医療情報取得加算を算定いたします。

下記項目に○をつけてください。

本日紹介状はお持ちですか？	はい	いいえ
健康保険に加入していますか？	はい	いいえ
本日保険証はマイナンバーカードを利用されますか？	はい	いいえ
マイナンバーカードを利用される方 診療情報取得に同意されますか？	はい	いいえ