

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った際には再度ご記入ください。

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】

当院は診療情報を取得・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月に1回算定させていただきます。

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
本日保険証はマイナンバーを利用されますか？	はい	いいえ
マイナンバーを利用される方 診療情報取得に同意されますか？	はい	いいえ