

# 不妊相談 問診票 (女性)

秘密は厳守致しますので、可能なかぎり正確に記入して下さい。

問診票記入日： 年 月 日

(ふりがな)

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

問診票の内容はパートナーと共有してもよろしいですか。(はい・いいえ)

	問診項目	回答															
1.	妊娠を目指したのはいつ頃からですか。	(西暦) 年 月頃															
2.	これまでに不妊検査を受けたことはありますか。 「はい」と答えた方にお聞きします。	はい・いいえ 検査内容： 施設名：															
3.	これまでに不妊治療を受けたことはありますか。 「はい」と答えた方にお聞きします。	はい・いいえ / 紹介状 あり・なし 治療内容： 施設名：															
4.	これまでに妊娠したことはありますか。 妊娠したことがある方はご記入下さい。	はい・いいえ															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>西暦 年月</th> <th>妊娠の方法</th> <th>パートナー</th> <th>週数・転帰</th> <th>異常の有無と その内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月</td> <td>自然妊娠 不妊治療： タイミング法、排卵誘発 人工授精、生殖補助医療</td> <td>現夫(パートナー) その他( )</td> <td>( )週 経膈分娩・帝王切開・流産 人工妊娠中絶 その他(異所性妊娠・胎状奇胎)</td> <td>有・無 内容</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>自然妊娠 不妊治療： タイミング法、排卵誘発 人工授精、生殖補助医療</td> <td>現夫(パートナー) その他( )</td> <td>( )週 経膈分娩・帝王切開・流産 人工妊娠中絶 その他(異所性妊娠・胎状奇胎)</td> <td>有・無 内容</td> </tr> </tbody> </table>	西暦 年月	妊娠の方法	パートナー	週数・転帰	異常の有無と その内容	年 月	自然妊娠 不妊治療： タイミング法、排卵誘発 人工授精、生殖補助医療	現夫(パートナー) その他( )	( )週 経膈分娩・帝王切開・流産 人工妊娠中絶 その他(異所性妊娠・胎状奇胎)	有・無 内容	年 月	自然妊娠 不妊治療： タイミング法、排卵誘発 人工授精、生殖補助医療	現夫(パートナー) その他( )	( )週 経膈分娩・帝王切開・流産 人工妊娠中絶 その他(異所性妊娠・胎状奇胎)	有・無 内容	
西暦 年月	妊娠の方法	パートナー	週数・転帰	異常の有無と その内容													
年 月	自然妊娠 不妊治療： タイミング法、排卵誘発 人工授精、生殖補助医療	現夫(パートナー) その他( )	( )週 経膈分娩・帝王切開・流産 人工妊娠中絶 その他(異所性妊娠・胎状奇胎)	有・無 内容													
年 月	自然妊娠 不妊治療： タイミング法、排卵誘発 人工授精、生殖補助医療	現夫(パートナー) その他( )	( )週 経膈分娩・帝王切開・流産 人工妊娠中絶 その他(異所性妊娠・胎状奇胎)	有・無 内容													
5.	月経について教えてください。	初経： _____ 歳 最終月経： _____ 月 _____ 日( _____ 日間) 月経周期： _____ 日くらい(順・不順) 血液量： 多い・普通・少ない 血の塊： 出る・出ない 月経痛： 強い・弱い・時々・ない															
6.	性交痛はありますか。	はい・いいえ															

7.	この1年間で健康診断を受けましたか。	はい・いいえ
	これまでに既往歴はありますか。	はい・いいえ
	「はい」と答えた方にお聞きします。	病名： [ 歳] (手術：有・無)
		病名： [ 歳] (手術：有・無)
		病名： [ 歳] (手術：有・無)
	最後に子宮頸がん検診を受けたのはいつですか。	_____年・受けたことがない
	抗がん剤や放射線治療を受けたことはありますか。	はい・いいえ
	現在治療中の病気はありますか。	はい・いいえ
	「はい」と答えた方にお聞きします。	病名： [ 歳] (手術：有・無)
		病名： [ 歳] (手術：有・無)
	現在服用中のお薬はありますか。	はい・いいえ
	「はい」と答えた方にお聞きします。 ※お薬手帳をお持ちの方は提出して下さい。	お薬の名前：
	両親や兄弟姉妹に不妊症、早期閉経の方はいますか。	はい (続柄： _____) ・いいえ
	お酒は飲みますか。	はい (毎日・時々) ・いいえ
	たばこは吸いますか。	はい ( _____ 本/日) ・禁煙した・吸わない
	過度なダイエットや体重の増減はありましたか。	はい・いいえ
アレルギーはありますか。	はい・いいえ	
「はい」と答えた方は右記にその種類をご記入下さい。	( _____ )	
ご職業について教えて下さい。	職業内容： アルバイト・フレックス・フルタイム・就労なし	
8.	パートナーと婚姻関係にありますか。	はい・いいえ 結婚 _____ 歳、再婚 _____ 歳、婚約中、事実婚 その他 ( _____ )
	治療の結果、出生した子について認知を行う意向がありますか。	はい・いいえ
9.	パートナーは不妊検査や治療に協力的ですか。また、それらについて話し合っていますか。	はい・いいえ ( _____ )
10.	何か相談したいこと、ご不明なことがありましたら、右欄にご記入下さい。	
11.	マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。	はい・いいえ
12.	当院より連絡をする際の連絡先をお書き下さい。	連絡先： (携帯電話の連絡先を優先で記入して下さい。)

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いたします。

◆ 情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算 1 : 4 点 加算 2 : 2 点 (マイナ保険証を利用した場合)

ご記入ありがとうございました。診察まで、もうしばらくお待ち下さい。