

# <不妊外来問診票>

初診日 平成 年 月 日

(ふりがな)	( )	生年月日(年齢)	身長	体重
お名前		(西暦) 年 月 日 ( 歳)	cm	kg
住所	(〒 )		携帯番号	
血液型	( )型 RH( + ・ - )	職業		
性交(セックス)	経験( あり ・ なし )	結婚について	未婚 ・ 既婚(昭和・平成 年)	
ご自宅から当院までの所要時間はどのくらいですか? ( )時間 ( )分				
お子様を作りたいと思ったのはいつ頃ですか? 平成( )年( )月頃から				

## ◆月経について

初潮( )歳	月経周期 ※月経開始より次の月経前日までの日数	規則的( 日型) ・ 不規則		
月経の量	多い ・ 普通 ・ 少ない	月経痛	あり(強い・我慢できる程度) ・ なし	
最終開始日月経	( 月 日 )から( 日間) ←この前は( 月 日 )から( 日間) ・ 不明			

## ◆生活習慣について

睡眠時間は	<input type="checkbox"/> ( )時間位 <input type="checkbox"/> 決まっていない
運動は	<input type="checkbox"/> 毎日する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> あまりしない
お酒は	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
喫煙は	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない

## ◆妊娠の経験・出産について 妊娠したことはありますか? ( いいえ ・ はい )

※「はい」の方は、あてはまる項目に○をつけ、ご記入下さい。

出産( 回)	年 月 日, 年 月 日, 年 月 日
流産( 回) ※子宮外妊娠を含む	年 月 日, 年 月 日, 年 月 日
中絶( 回)	年 月 日, 年 月 日, 年 月 日

## ◆アレルギー・副作用について

※「はい」の方は、お答え下さい。

①アレルギーはありますか?	( いいえ ・ はい )	原因となるもの( ) 症状( )
②アルコール綿・ゴム製品アレルギーはありますか?	( いいえ ・ はい )	<input type="checkbox"/> アルコール綿(消毒) ・ <input type="checkbox"/> ゴム製品 症状( )
③薬(飲み薬や注射、歯科麻酔薬など)で副作用を起こしたことはありますか?	( いいえ ・ はい )	医薬品名( ) ・ 不明 副作用( )
④ヨードアレルギー・または造影剤を使用した検査で副作用を起こしたことはありますか?	( いいえ ・ はい )	検査名( ) ・ 不明 副作用( )

※お手数ですが、裏面もご記入下さい。

◆現在および今までにかかった病気について ※「はい」の方は、お答え下さい。

喘息にかかったことはありますか？	( いいえ ・ はい )	<input type="checkbox"/> 治療中 使用している薬( ) <input type="checkbox"/> 過去あった( 最終発作 歳 )
婦人科疾患にかかったことはありますか？	( いいえ ・ はい )	<input type="checkbox"/> 治療中 使用している薬( ) 病名( )
		<input type="checkbox"/> 過去あった( 歳 ) 病名( )
甲状腺疾患にかかったことはありますか？	( いいえ ・ はい )	<input type="checkbox"/> 治療中 使用している薬( ) 病名( )
		<input type="checkbox"/> 過去あった( 歳 ) 病名( )

◆下記の病気に、現在または今までにかかったことはありますか？ ( いいえ ・ はい )

※「はい」の方はお答えください(あてはまる項目に☑、または○をつけ、ご記入下さい。)

- 糖尿病 高血圧 心臓疾患 てんかん 機能障害(眼鏡・コンタクト・難聴) 膠原病 ガン  
腎臓病 精神疾患 血栓症 その他( )

◆上記の病気に、チェック☑をつけた方はお答えください。 ※病名がある方はお答えください

病名( ) 発症年齢( )歳 ⇒  完治した ・  現在治療中  
治療中の方にお聞きます。現在服用している薬はありますか？  ない・ ある 薬品名( )

◆入院または手術を受けたことがありますか？ ( いいえ ・ はい )

※「はい」の方はお答えください(あてはまる項目に☑をつけ、ご記入下さい。)

- 入院したことがある 病名: ( )歳 病院名:  
手術を受けたことがある 手術名: ( )歳 病院名:

◆過去に輸血を受けたことがありますか？ ( いいえ ・ はい ) ※「はい」の方はお答えください

いつ( )歳 理由:

◆宗教上の理由で輸血ができない等ありますか？ ( いいえ ・ はい )

◆御主人様について

(ふりがな)	( )	生年月日(年齢)	職業	宗教
お名前		(西暦) 年 月 日 ( 歳)		あり ・ なし
精子検査を受けたことは	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	喫煙は	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない	
勃起障害は	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	射精障害は	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

☆ご記入ありがとうございました。この問診票は診察前に産婦人科外来受付にお渡しください。

