

# 問診票 1

年 月 日

フリガナ

〒

お名前

住所

電話番号 自宅

生年月日 M/T/S/H/R 年 月 日 年齢 歳

携帯

身長 cm 体重 kg BMI (※スタッフ記入)

## ①本日はどうされましたか？

職業

妊娠かどうか

不正出血

月経不順

月経痛

月経量が多い

月経前症候群（月経前にイライラや憂うつを認める）

おりものが気になる（量・色・におい・その他：）

月経をずらしたい（月経をずらしたい期間：）

ピルの相談（避妊目的・月経痛改善目的）

緊急避妊薬の希望

性感染症検査

子宮がん検診（子宮頸がん・子宮体がん）

外陰部の異常（かゆみ・痛み・できもの・腫瘤を触れる・その他：）

更年期症状（ほてり・発汗・イライラ・不眠・抑うつ・その他：）

尿漏れ

子宮筋腫・子宮腺筋症

卵巣嚢腫

その他（具体的にお書きください：）

不妊症・習慣性流産の相談 → 問診表 2 の記入もお願いします

## ②月経について

・初めて月経があった年齢（ ）歳 ・月経が終わった年齢（ ）歳

・最終月経： 月 日から 日間

・月経周期： 日周期 整/不整 ・月経量：多い 少ない

・月経痛：強い ほとんどない 周期によって様々

## ③結婚、妊娠、出産について

・結婚されていますか？  いいえ（ 婚約中  事実婚）

はい 初婚：西暦\_\_\_\_\_年\_\_月

離婚：西暦\_\_\_\_\_年\_\_月

再婚：西暦\_\_\_\_\_年\_\_月

結婚された年齢（ ）歳 現在のご主人の年齢（ ）歳

・性交渉の経験はありますか？  あり  なし

※裏面もご記入ください

・妊娠経験のある方は次にお答えください

妊娠（ ）回、分娩（ ）回、流産（ ）回、中絶（ ）回

年 月 日	分娩週数	出生体重	性別	分娩方法	母体・児の異常
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈 帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈 帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈 帝王切開	
年 月 日	週 日	g	男 女	経膈 帝王切開	

④過去に婦人科のがん検診を受けたことはありますか？

子宮頸がん：□ない □ある（最終： 年 月 結果： ）

子宮体がん：□ない □ある（最終： 年 月 結果： ）

⑤持病や、過去に入院や手術の経験はありますか？

□ない □ある（ ）

⑥アレルギーはありますか？喘息や花粉症をお持ちですか？

□ない □ある（ ）

□喘息 □花粉症

⑦現在服用している薬やサプリメントはありますか？

□ない □ある（ ）

⑧血のつながった方に以下の病気の方がおられますか？またどなたですか？

・がん（ ） ・高血圧（ ）

・糖尿病（ ） ・心臓病（ ）

・遺伝病（ ） ・その他（ ）

⑨飲酒、喫煙の習慣はありますか？

飲酒：□ない □ある（飲酒量や飲酒頻度について： ）

喫煙：□ない □ある（1日 本） □禁煙した（禁煙前までの1日の本数と年数： ）

⑩当院を受診したきっかけは？

□主治医の紹介（病院名： ）

□インターネット □友人知人 □看板 □チラシ □近いから

□その他（ ）

⑪SACRA（サクラ）レディースクリニックを受診されたことはありますか？

□ない □ある 診察券番号（わかれば） \_\_\_\_\_

※ご記入いただいた個人情報診療以外に使用することはありません

# 問診票 2

年 月 日

夫：フリガナ (奥様と住所が異なる場合は記入をお願いします)  
夫：お名前 〒  
電話番号 自宅 住所  
携帯 生年月日 M/T/S/H/R 年 月 日 年齢 歳  
身長 cm 体重 kg BMI (※スタッフ記入)

## ①今回受診された理由は？

職業

妊娠しない：妊娠を希望された（避妊をしていない）のはいつからですか（ 年 月～）  
性交渉の頻度 \_\_\_\_\_回/週 または \_\_\_\_\_回/月

性生活がうまくいかない

妊娠するが流産・死産となる  不育検査を希望する（流産を予防するために）

体外受精・顕微授精を希望  着床検査を希望する（着床障害を予防するために）

他院より紹介  その他（ ）

## ②風疹ウイルス抗体価を調べられたことはありますか？

妻： ない  ある（検査結果： ）

夫： ない  ある（検査結果： ）

## ③夫（男性パートナー）についてお尋ねします

### 1) 飲酒、喫煙の習慣はありますか？

飲酒： ない  ある（飲酒量や飲酒頻度について： ）

喫煙： ない  ある（1日 本）  禁煙した（禁煙前までの1日の本数と年数： ）

### 2) 持病や、過去に入院や手術の経験はありますか？

ない  ある（ ）

### 3) アレルギーはありますか？喘息や花粉症をお持ちですか？

ない  ある（ ）

喘息  花粉症

### 4) 現在服用している薬やサプリメントはありますか？

育毛剤や男性ホルモン剤の使用はありますか？

ない  ある（ ）

育毛剤（薬品名： ）  男性ホルモン剤（薬品名： ）

### 5) 血のつながった方に以下の病気の方がおられますか？またどなたですか？

・がん（ ） ・高血圧（ ）

・糖尿病（ ） ・心臓病（ ）

・遺伝病（ ） ・その他（ ）

他院での治療歴がある方は、裏面へお進みください

# 治療歴

これまでの治療歴について記載してください

西暦 年/月 から	病院名	検査(血液検査、卵管通水/造影検査、精液検査など) 治療(タイミング、人工授精、体外受精/顕微授精など)

※ご記入いただいた個人情報  
は診療以外に使用することはありません