

問診票

記入日： 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____ 県 _____ 市 _____

TEL (携帯) _____ (固定電話) _____

本日はどのような症状で来院されましたか？（症状の内容、発症時期、経過、等）

本日の血圧： _____ / _____ mmHg ・ 本日の脈拍： _____ /分

身長： _____ cm 体重： _____ kg 初潮年齢： _____ 歳 閉経年齢： _____ 歳

結婚： している（ _____ 歳時）

していない（離婚歴：なし、あり）（性交経験：なし、あり）

最終月経： _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日 月経周期：順調（ _____ 日周期）、不順→（ _____ 日～ _____ 日周期）

月経量：少ない、普通、多い

生理痛：ない、あるが鎮痛薬は必要ない、鎮痛薬を飲めば生活に支障はない、

鎮痛薬を飲んでも治まらない強い痛みがある 使用中の鎮痛薬 _____

●薬や食品のアレルギー：なし、あり

あり、に該当の方→（原因となった薬品・食品名 _____ 症状 _____）

●喘息がありますか？：なし、あり（ありの方→最終発作は _____ 歳頃）

（治療中、経過観察中 使用薬剤名 _____）

●子宮がん検診を受けたことは？：なし、あり（ _____ 年 _____ 月頃 結果異常 あり、なし）

●喫煙習慣がありますか？：吸わない、以前吸っていた、吸っている（ _____ 本/日）

●飲酒：飲まない、ときどき飲む、ほぼ毎日飲む（ _____ を _____ /日）

●現在、妊娠中又は授乳中ですか？：妊娠していない、妊娠可能性あり、妊娠中（妊娠 _____ 週）、授乳中

●過去の妊娠・出産についてご記入ください：

妊娠 _____ 回、 出産 _____ 回、 子宮外妊娠 _____ 回 流産 _____ 回、 中絶 _____ 回

年月日	年齢	妊娠出産歴	週数	性別	体重 (g)	分娩施設
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				
		中絶/流産/出産 (普通・帝王切開)				

2枚目に続きます。お手数ですがご記入をお願いします。

よしだレディースクリニック内科・小児科

問診票

●現在、他の医療機関に通院されていますか？：していない、している

している、に該当の方は、その医療機関からの紹介状をお持ちですか？：持っている、持っていない
持っていない、に該当の方は、下記にご記入ください。

医療機関名：_____

受診時期：_____

治療内容：_____

●現在処方されている薬がありますか？：なし、あり

あり、に該当の方→（薬剤名_____用量_____投薬期間_____）

●過去に指摘された病気があれば病名を記入してください

（_____）

●その指摘された病気の中に、入院や手術を要する大きな病気はありますか？：なし、あり

あり、に該当の方→病名・手術名：_____

入院や手術をした時期：_____年_____月頃

医療機関名：_____

治療内容：_____

●過去に輸血を受けたことは？：なし、あり（輸血理由：_____）

●ご自分の両親あるいは兄弟に以下の病気の方がいますか？（ない場合は右記にチェック→ ない）

高血圧、糖尿病、その他の遺伝性疾患（病名：_____続柄：_____）

●過去3ヶ月以内に以下のことはありましたか？（ない場合は右記にチェック→ ない）

発熱、発疹、頸部リンパ節の腫れ、風疹患者との接触、児童との接触が多い職場での就労

よしだレディースクリニック内科・小児科

不妊外来問診票

氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

結婚している：(_____ 歳時 _____ 年 _____ 月)

結婚していない：結婚予定 _____ 年 _____ 月

事実婚 _____ 歳時 _____ 年 _____ 月 _____ 日から

離婚歴：なし あり

不妊期間： _____ 年 _____ 力月

●今までに不妊治療歴がありましたらご記入ください。

治療期間	医療機関名	検査・治療内容

～*～

●ここからは御主人又はパートナーの方についてお聞きします。

氏名： _____ 年齢 _____ 歳

・現在、内服されている薬がありますか？ なし あり

内服ありの方 ⇒ 薬 剤 名 _____

診 断 名 _____

医療機関名 _____

・過去に指摘された病気はありますか？ なし あり

ありの方 ⇒ 診 断 名 _____

医療機関名 _____

・薬や食品のアレルギーはありますか？ なし あり

ありの方 ⇒ 原因となった薬剤名・食品名 _____

●感染症検査について

妊娠に向けて検査・治療を行うにあたり、御夫婦の感染症検査が必要です。

※1年以内に検査を受けられている場合は、検査結果を確認させていただきますのでご提出ください。

・1年以内に感染症検査を受けたことがありますか？ なし あり

検査項目：梅毒（RPR法・TP抗体）、B型肝炎、C型肝炎、HIV、クラミジアIgG、風疹抗体

費用：自費検査のため、お1人 約9000円となります。

【治療に関する代金について】

超音波検査については、月2回目以降は処置の内容により、自費になる場合があります。

その他不妊治療には保険適用ではない検査や薬剤や物品がありますのでご理解いただきますようお願い致します。

よしだレディースクリニック内科・小児科

ホルモン剤服用の問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳
 身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI _____)
 血圧 _____ / _____ mmHg

※血圧と体重は院内で測定し記入してください。

1	妊娠または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はい、とお答えの方へ 喫煙年数()年 喫煙本数 1日()本		
3	高血圧と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	血栓症静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患の既往がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	過去 2 週間以内に大きな手術を受けましたか？ 今後 4 週間以内に手術の予定がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	高脂血症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	不正性器出血（月経とは異なる時期の出血）がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	乳がんや子宮がんと診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	糖尿病と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	胆嚢疾患や肝障害と診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	現在、服用中の薬剤やサプリメントはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はい、とお答えの方は薬剤名をご記入ください ()		