

問 診 表 (女 性 用)

— 久しぶりにご来院の方用 —

年 月 日初診 (記入しないで下さい)

婦人科・泌尿器科

カルテNo. _____

加藤レディスクリニック

ふりがな _____

お名前 _____ 生年月日 S/H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

I どうなさいましたか (あてはまる数字に○をつけてください)

1. 子供ができない (不妊) 2. 月経の異常 3. 月経と違った出血 4. 採卵希望 5. 凍結胚移植希望
 6. ヒューナーテスト 7. 卵管造影検査 8. ポリープ検査
 9. その他 (_____)

II 以前、当院を受診され、その後について

当院での治療による妊娠・分娩歴をご記入ください。

年 月	分娩・流産・子宮外妊娠	週数	あなたの合併症の有無	赤ちゃんの先天的な病気の有無

①最終月経はいつですか _____ 年 _____ 月 _____ 日 から、現在 _____ 日目、生理周期 (_____) 日型

②当院を受診する前に他院で治療を受けていますか はい ・ いいえ

③子宮頸がんの検査を1年以内に受けたことがありますか はい (H _____ 年 _____ 月) ・ いいえ
 『はい』と答えた方は、検査結果はどのように聞いていますか (異常なし ・ 経過観察中)

④風疹について、過去に感染の既往はありますか はい ・ いいえ
 ワクチン接種既往はありますか はい (_____ 歳) ・ いいえ

⑤喫煙はされますか はい (_____ 本位/日) ・ いいえ

⑥他院での治療・妊娠歴をご記入ください (当院通院時以降の)

タイミング 回 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

人工授精 回 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

体外受精 回 (以下の表にご記入ください)

	施術年月日	施術施設	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	卵巣刺激法	hCG の 使用の有無	採卵数	受精卵数	分割胚数 胚盤胞数	移植胚数	凍結胚数	妊娠の 有無
1	H / /										
2	H / /										
3	H / /										
4	H / /										
5	H / /										

妊娠・分娩後の方は

- ①分娩後、授乳はいつまで行なっていましたか（夜だけ、なども含めて） _____ 年 _____ 月まで ・ 現在も
- ②月経はいつから再開しましたか _____ 年 _____ 月 _____ 日 から
- ③当院を受診する前に再び妊娠していますか はい ・ いいえ
『 はい 』と答えた方は、 _____ 年 _____ 月 _____ 分娩・流産・子宮外妊娠・その他
_____ 年 _____ 月 _____ 分娩・流産・子宮外妊娠・その他
- ④妊娠時およびその他合併症等があれば教えてください
(_____)

III 現在、当院に凍結保存胚あるいは凍結保存精子がありますか

ある 凍結保存胚 _____ 個、 凍結保存精子 _____ 本
ない

IV 以前、当院通院後これまでにかかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

- ①病気になったり手術を受けたことはありますか はい ・ いいえ
- ②主な病気は
(_____) (_____) 歳のとき (_____) (_____) 歳のとき
- ③手術は
(_____) (_____) 歳のとき (_____) (_____) 歳のとき
- ④ぜんそくにかかったことがありますか はい ・ いいえ
- ⑤高血圧、糖尿病の診断を受けたことがありますか はい ・ いいえ
- ⑥輸血や血液製剤の投与を受けたことがありますか はい ・ いいえ
- ⑦B型、C型肝炎の検査で陽性になったことがありますか はい ・ いいえ
- ⑧クラミジアの検査で陽性になったことがありますか はい ・ いいえ
『 はい 』と答えた方は、治療を受けましたか はい ・ いいえ
- ⑨現在、内服中の薬はありますか はい ・ いいえ
『 はい 』と答えた方は、薬の名前、種類をお書きください (_____)
- ⑩今まで薬や注射で副作用（アレルギー）を起こしたことはありますか はい ・ いいえ
『 はい 』と答えた方は、薬の名前、種類をお書きください (_____)

V ご家族の健康状態について

- ① ご主人に特別な病気はありますか、また継続して内服している薬はありますか
はい（遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他（ _____ ）） 内服薬名（ _____ ） ・ いいえ
- ② その他のご家族の中に特別な病気の方がいますか
はい（遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他（ _____ ）） ・ いいえ

VI. ご夫婦の染色体検査を受けたことがありますか

あなた： いいえ ・ はい（結果： _____ ）
ご主人： いいえ ・ はい（結果： _____ ）

VII あなたの 身長（ _____ ）cm 体重（ _____ ）kg 血液型（ _____ ）型 RH（+ ・ -） _____

ご記入ありがとうございます。

お名前 _____

カルテNo. _____ (記入しないで下さい)