

問診表(女性用)

様式-問診表 KLC20160721

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. (記入しないで下さい)

加藤レディスクリニック

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 (あてはまる項目に○をつけてください)

- 1. 子供ができない (一般不妊治療希望 ・ 体外受精希望)
- 2. 月経が止まった 3. 月経の異常 4. 月経と違った出血 5. おりものが多い (ピンク、褐色、黄色、白)
- 6. 陰部がかゆい、痛い 7. おなかが痛い 8. 腰が痛い 9. しこり (腹部、陰部、乳房)
- 10. 尿がちかい 11. 排尿のとき痛む 12. ガン検査 13. 性病の心配・検査 14. その他 ()

II あなたの月経について

①はじめて月経を見た年齢 () 歳 (小・中・高 年)

②最終月経はいつでしたか、現在生理中の方も記入してください

年 月 日 から 日間 本日が月経 日目

③月経は順調ですか はい () 日型 ・ いいえ (~ 日位)

④月経は何日くらい続きますか () 日間

⑤月経の量はどれくらいですか 多い ・ 普通 ・ 少ない

⑥月経のとき痛みますか はい ・ いいえ

⑦月経のとき、他にどこか悪いところがありますか はい ・ いいえ

III あなたの結婚、妊娠、分娩について

①セックスの経験はありますか はい ・ いいえ

②入籍したのはいつですか S ・ H 年 月 ・ 未入籍

③妊娠したことはありますか はい ・ いいえ

④妊娠したことのある方は次にお答えください

人工妊娠中絶 () 回 (年 月、 年 月、 年 月、 年 月)

自然流産 () 回 (年 月、 年 月、 年 月、 年 月)

分娩 () 回 (年 月、 年 月、 年 月、 年 月)

IV 今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クラミジアの検査を受けたことがありますか はい (陰性 ・ 陽性) ・ いいえ

『 はい (陽性) 』と診断された方は、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 (漢方薬も含みます) 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 その他

① 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書いていますか (異常なし ・ 経過観察中)

② 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

③ 喫煙はされますか はい (本位/日) ・ 前にしていた (年前にやめた) ・ いいえ

④ 葉酸を内服していますか はい (μg/日)

⑤ 葉酸以外のサプリメント、栄養補助食品をとっていますか。 はい ・ いいえ

『 はい 』と答えた方は、名前、種類、一日の量をお書きください ()

VI あなたの 身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 Rh (+ ・ -)

Ⅶ 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

Ⅷ 他院での不妊検査・治療について

1. 卵管造影検査(または通水検査)を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 『はい』と答えた方は、検査結果について記入してください。
 右(正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他())
 左(正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他())
2. ご主人の精液検査を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 『はい』と答えた方は、検査結果(一番良好なデータ)について記入してください。
 精液量 ()ml 濃度 ()万/ml 運動率 ()% 奇形率 ()%
 (正常・異常)
3. ヒューナーテスト(性交後検査)を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 『はい』と答えた方は、検査結果(一番良好なデータ)について記入してください。
 (良好・やや不良・不良・その他())
4. タイミング療法を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 『はい』と答えた方は、回数等について記入してください。
 自然周期によるタイミング ()回 最後に施行した日(年 月 日)
 卵巣刺激周期によるタイミング ()回 最後に施行した日(年 月 日)
5. 人工授精を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 『はい』と答えた方は、回数等について記入してください。
 自然周期による人工授精 ()回 最後に施行した日(年 月 日)
 卵巣刺激周期による人工授精 ()回 最後に施行した日(年 月 日)
6. 体外受精を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 『はい』と答えた方は、記入例を参考に体外受精の治療歴をご記入ください。

(記入例)

	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	H26/3/12	〇〇クリニック	体外受精	ロング法	有	3	3	分割胚1、胚盤胞1	分割胚1	胚盤胞1	無
2	H26/5/20	〇〇病院	凍結胚移植	—	有	—	—	—	胚盤胞1	—	無

〈体外受精(IVF)治療歴〉 採卵回数 ()回 胚移植回数 ()回

	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 / /										
6	H / /										
7	H / /										
8	H / /										
9	H / /										
10	H / /										

7. 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:)

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)