

# 問診票

## 女性不妊症

年 月 日

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 昭  
生年月日 平 年 月 日 ( 歳) 職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

ふりがな  
夫の  
氏名 \_\_\_\_\_ 夫の 昭  
生年月日 平 年 月 日 ( 歳) 夫の 職業 \_\_\_\_\_

次の質問に答え、受付にお渡しください。当てはまるものを選び、空欄にはご記入ください。  
わからない場合や当てはまらない場合は空欄のままで結構です。

連絡事項が生じた場合に、クリニックからお電話にてご連絡をさしあげる場合があります。

ご連絡をさしあげてもよろしいですか? いいえ・はい

- ご連絡はどちらの電話番号にさしあげますか? 自宅・携帯電話
- ご本人が不在の場合に、内容をお伝えしてよろしいですか? はい・いいえ
- 留守番電話に内容を録音してよろしいですか? はい・いいえ
- 連絡時はどのように名乗ればよろしいですか? 個人名「〇〇」で・病院名で

検査結果等個人情報に関する内容については、電話での  
問い合わせに応じない事を、承諾します。(医師から指示の  
あった場合はこの限りではない)

はい・いいえ  
(▶いいえを選んだ場合、当クリニックでの  
診察はお受けできません)

### ●本日来院された理由について

- 原発性不妊症 (一度も妊娠したことが無い)
- 続発性不妊症 (流産または分娩をしたことがある)
- 性交障害
- 習慣性流産
- その他 ( )

### ●あなたは今まで大きな病気や手術をしたことがありますか?

- ない・ある
- 盲腸(虫垂炎)
  - 卵巣嚢腫
  - 子宮筋腫
  - 高血圧
  - 心臓病
  - 糖尿病
  - 喘息
  - 腎臓病
  - 癌(部位 )
  - その他( )

### ●薬や注射などのアレルギーはありますか? ない・ある (▶ある場合 薬品名 )

●あなたの身長は \_\_\_\_\_ cm / 体重は \_\_\_\_\_ kg

### ●子宮癌の検査は受けたことがありますか? ない・ある

- (▶ある場合) 定期的に受けていますか いる・いない
- (▶ある場合) 一番最近は何年 月 頃に受けた

### ●結婚していますか? はい (▶はいの場合 年 月 歳の時) いいえ

● 血のつながっている方で、現在病気の方や過去に大きな病気にかかった方はいますか？

いない・いる (▶いる場合) どなたですか？ 父 母 祖父 祖母 叔父 叔母 兄 姉 弟 妹  
(▶いる場合) 病名は何ですか？ 高血圧 糖尿病 癌 (具体的に )  
その他 ( )

月経のある方に伺います。

● 初めての月経は何歳の時ですか？

歳

● 一番最近の月経は？

月 日から 日間

● その時の量は？

いつもより多かった いつもどおりだった いつもより少なかった

● 月経は規則的にきていますか？

不規則・規則的 (▶規則的な場合 月経周期は 日型)  
※月経開始日から次の月経開始日の前日までの日数

● 最近1年間の月経に関して、

最短の周期と最長の周期を教えてください。(月経開始日から次の月経開始日の前日までの日数)  
最短 日、最長 日

● 普段の月経は何日間くらい続きますか？

日間

● 普段の月経の量はどうですか？

多いと思う(固まりが出る) 普通 少ないと思う わからない

● 生理痛(腹痛・腰痛)はありますか？

ほとんどない 痛い但我慢できる 時々痛み止めを飲む  
毎回痛み止めを飲む 痛み止めが効かない )

今までの妊娠について伺います。

● 妊娠したことはありますか？

ない・ある (▶ある場合 全部で 回)

● そのうち分娩(死産を含む)は何回ですか？

回

● 人工流産(中絶)は何回ありますか？

ない・ある (▶ある場合 回 何歳の時ですか？ 歳 歳 歳)

● 自然流産は何回ありますか？

ない・ある (▶ある場合 回 何歳の時ですか？ 歳 歳 歳)

● それぞれの分娩を順にご記入ください。

① 歳 / 妊娠 週で / 男・女 g / 普通 逆子 鉗子 吸引 帝王切開 死産  
② 歳 / 妊娠 週で / 男・女 g / 普通 逆子 鉗子 吸引 帝王切開 死産  
③ 歳 / 妊娠 週で / 男・女 g / 普通 逆子 鉗子 吸引 帝王切開 死産  
④ 歳 / 妊娠 週で / 男・女 g / 普通 逆子 鉗子 吸引 帝王切開 死産

夫(パートナー)について伺います。

● 健康ですか？

はい・いいえ (▶いいえの場合 病名)

● 結婚後、避妊をされた期間がありますか？

ない・ある (▶ある場合 年 月頃まで)

● どんな方法ですか？

コンドーム IUD ピル 排卵日を避けた  
避妊用ゼリーやフィルム 膣外射精 その他

別の病院での検査や治療について伺います。

● 別の病院に今回の問題でかかったことが

ない・ある (▶ある場合 病院名 )

● いつからその病院に通院していますか？

年 月

● 不妊の原因に関して何か指摘されていますか？

指摘されていればご記入ください。

