

問診表 (sterility 用) No()

氏名(ふりがな) _____ 様
生年月日: 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)
住所 _____
電話 _____

結婚歴 (_____ 回): 西暦 _____ 年 _____ 月、西暦 _____ 年 _____ 月
不妊期間 (_____ 年 _____ か月) or (_____ 年 _____ 月から開始)
御主人様の現在の年齢 (_____ 歳)
喫煙歴 (なし ・ あり: 1日 _____ 本)

初経 _____ 歳、月経周期 _____ 日型 (順 ・ 不順)、出血の持続 _____ 日間
月経量 (多量 ・ 中等量 ・ 少量)、月経痛 (あり ・ なし)
月経歴 (一番最近の月経を含め3か月)
_____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日、 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日
_____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日

妊娠歴 妊娠したことはありますか。(はい ・ いいえ)
化学流産 (_____ 回): 子宮内に胎嚢(胎児の袋)が見えず、月経がくるもの。
自然流産 (_____ 回): 西暦 _____ 年 _____ 月、西暦 _____ 年 _____ 月
人工妊娠中絶 (_____ 回): 西暦 _____ 年 _____ 月、西暦 _____ 年 _____ 月
子宮外妊娠 (_____ 回): 西暦 _____ 年 _____ 月、西暦 _____ 年 _____ 月
分娩 (_____ 回): 西暦 _____ 年 _____ 月、西暦 _____ 年 _____ 月
自然分娩 (_____ 回)、鉗子分娩 (_____ 回)、吸引分娩 (_____ 回)、帝王切開 (_____ 回)

現在、飲んでいる薬やサプリメントはありますか?(なし ・ あり)(薬剤名: _____)
使用して体調不良になった薬はありますか? (なし ・ あり)(薬剤名: _____)

過去に不妊検査や治療を受けたことがある方にお聞きします(過去の妊娠の経過も含む)

- ① 子宮卵管造影・通水検査 (正常 ・ 異常: _____) (_____ 年 _____ 月頃 or _____ 歳頃)
- ② 精液検査 (正常 ・ 異常: _____) (_____ 年 _____ 月頃 or _____ 歳頃)
- ③ ホルモン検査 (正常 ・ 異常: _____) (_____ 年 _____ 月頃 or _____ 歳頃)
- ④ タイミング法 (_____ 回)
- ⑤ 人工授精 (_____ 回)
- ⑥ その他の治療 (_____)

当院をどのようにしてお知りになったのか○印をお付け下さい。

〈 知人やご家族の紹介 他院から紹介 インターネット 当院ホームページ
看板 タウンページ その他 (_____)