

☆問診票☆ (女性)

下記の項目をご記入ください。この内容は情報収集の目的以外には使用いたしません。

診察券番号	生年月日 (西暦)
(ふりがな) 名前	連絡先 (ご本人様携帯)
職業 () 勤務形態 (時間など) 常昼 夜勤あり 不規則 フレックスあり 通院のための調整は可能ですか 可 ・ 不可	身長 _____ cm (受診時に体重測定します) 結婚 _____ 年 _____ 月 ・ 未入籍 初婚 ・ 再婚

【家族構成】同居されている方全員をご記入ください

例; 夫 38歳 長女 4歳

【家族歴】血のつながった祖父母、父母、兄弟姉妹で心臓病、高血圧、がん、糖尿病、てんかん、精神の病気、遺伝病など、
病気の方や亡くなった方をお書きください ご家族の中で何か特別な病気の方がいらっしゃいますか。

例; 実父 70歳 糖尿病

【月経について】初めての月経 ()歳 最終月経 年 月 日~ 周期 (~)日 _____日間

月経痛 あまりない ・ 時々鎮痛剤服用 ・ 毎回鎮痛剤使用 ・ 時に寝込む (仕事を休むなど)

月経の時に月経痛以外に他にどこか調子が悪いところなどはありますか

()

【今までの妊娠・出産・産後 (流産・中絶・死産含む) について】※一番上の例を参考にして下さい

年月日	週数	体重(g)	性別	妊娠経過	分娩経過	分娩時の異常	児の健康状態	産後経過	分娩場所
2000/1/1	40	3000	男	切迫早産	吸引分娩	微弱陣痛	黄疸で入院	貧血で輸血	A病院

【不妊治療について】(無・有)

検査	実施日	異常
ホルモン検査	年 月	無 ・ 有
子宮卵管造影	年 月	無 ・ 有
精液検査	年 月	無 ・ 有
その他	年 月	無 ・ 有

治療 (該当するものに○をつけてください)		
タイミング指導		
排卵誘発 なし ・ 内服 ・ 注射		
人工授精	回	
体外受精・顕微授精	採卵	移植
実施病院;	回	回
()		
()		

* 体外受精・顕微授精をされていた方は刺激方法や受精方法など、経過がわかるものを一緒に持参してください

【アレルギー】 該当するものレ点チェックを入れて記入してください

造影剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 使用歴なし <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名: _____ 症状: _____)
薬剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名: _____ 症状: _____)
食物 (フルーツなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食物名: _____ 症状: _____)
アルコールの消毒で赤くなったり、かゆくなったりしますか?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

【健康診断・がん検診について】

健康診断	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない
子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない
乳がん	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない
歯科検診	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない

【病歴】

既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
現病歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬; _____ 最終発作; _____)
現在の内服	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
輸血歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
麻疹	<input type="checkbox"/> かかったことがある <input type="checkbox"/> 抗体がある <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた <input type="checkbox"/> 予防接種予定 <input type="checkbox"/> 不明
風疹	<input type="checkbox"/> かかったことがある <input type="checkbox"/> 抗体がある <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた <input type="checkbox"/> 予防接種予定 <input type="checkbox"/> 不明

【生活】

食事	回/日 栄養バランス; <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 大体とれている
間食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日 内容; _____)
睡眠	時間/日 睡眠状態; <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(_____)
運動習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/週 内容; _____)
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (杯/日 回/週 種類; _____)
喫煙 (電子タバコ含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日 × 年 種類; _____)
便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (対処; _____)
漢方やサプリメントなど	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
入院・妊娠中・出産後などの支援	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
配慮が必要な宗教 (輸血や食事など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
介護が必要な家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)

ご記入ありがとうございます。受診時にお持ちください。

☆問診票☆ (男性)

下記の項目をご記入ください。この内容は情報収集の目的以外には使用いたしません。

診察券番号	生年月日 (西暦)
(ふりがな) 名前	連絡先 (ご本人様携帯)
職業 () 勤務形態; 常昼・夜勤あり・不規則・フレックス 必要時、通院のための調整は可能ですか 可・不可	身長 _____ cm (受診された際に体重測定します) 結婚 _____ 年 _____ 月 ・ 未入籍 初婚・再婚

【不妊検査・治療について】 (奥様の方の問診票に記入された場合は記入不要です)

精液検査 年 _____ 月 _____ 実施 異常 無・有	治療; 精索静脈瘤手術 _____ 年 _____ 月 内服 () その他 ()
--------------------------------------	--

【アレルギー】 該当するものレ点チェックを入れて記入してください

薬剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤名: _____ 症状: _____)
食物 (フルーツなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食物名: _____ 症状: _____)
アルコールの消毒で赤くなったり、かゆくなったりしますか?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

【病歴等について】

既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
現病歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
現在の内服	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
輸血歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
AGA 治療や育毛剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
健康診断	<input type="checkbox"/> 1年以内に受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定がある <input type="checkbox"/> 1年以上受けていない
麻疹	<input type="checkbox"/> かかったことがある <input type="checkbox"/> 抗体がある <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた <input type="checkbox"/> 予防接種予定 <input type="checkbox"/> 不明
風疹	<input type="checkbox"/> かかったことがある <input type="checkbox"/> 抗体がある <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた <input type="checkbox"/> 予防接種予定 <input type="checkbox"/> 不明

【生活】

食事	回/日 _____ 栄養バランス; <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 大体とれている
間食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 回/日 内容; _____)
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 杯/日 _____ 回/週 種類; _____)
喫煙 (電子タバコ含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 本/日 × _____ 年 種類; _____)
睡眠	時間/日 _____ 睡眠状態; <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (_____)
運動習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 回/週 内容; _____)
漢方やサプリメントなど	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
配慮が必要な宗教	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
介護が必要な家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)

パートナー (奥様) 氏名 _____ 生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご記入ありがとうございます。受診時にお持ち下さい。