

《予診表 1》

(わかる範囲でご記入ください)

患者様番号

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(才)
氏名		身長:	cm	体重:	kg		

1. 今回受診された理由は？
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 月経の悩み (不順・量が多い/少ない・痛みが強い)
<input type="checkbox"/> 出血がある
<input type="checkbox"/> 下腹部痛 ・ 腰痛がある
<input type="checkbox"/> おりものが気になる
<input type="checkbox"/> かゆみがある
<input type="checkbox"/> 検診希望
<input type="checkbox"/> その他 () | 以下にチェックをつけられた方は「予診表 2」もご記入ください
<input type="checkbox"/> なかなか妊娠しない
<input type="checkbox"/> 妊娠するが流産・死産となる (回)
<input type="checkbox"/> 夫婦生活がうまくいかない (夫・妻) |
|---|--|

2. 最終月経はいつですか？
- ・ 月 日 ~ 日間 ・ 順調 (日型) ・ 不順
 ・ 月経の量 (多い ・ 普通 ・ 少ない) 痛み (強い ・ 少しある ・ ない)

3. 子宮癌検診を、1年以内に受けられましたか？
- 受けていない 受けた (平成 年 月頃) 結果 (異常なし ・ あり→)

4. 内服薬や注射薬でアレルギーを経験したことがありますか？
- ない ある (薬品名:) (症状:)

5. 薬以外でアレルギーを経験したことがありますか？
- ゴム ・ アルコール綿 ・ 金属 ・ 食べ物 ()
 その他 () どのような症状でしたか？ ()

6. これまでに下記のような病気をしたことがありますか？
- 癌 ・ 結核 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 梅毒 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 甲状腺疾患 ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ 喘息 ・ 緑内障 ・ なし

7. 現在、通院・加療中の病気がありますか？
- ない ある ()

8. 現在服用中のお薬がありますか？
- ない ある ()

9. 手術もしくは大きな病気・入院などありましたらご記入ください。

年月	病名	手術・入院	病院名
昭和・平成 年 月		手術・入院	
昭和・平成 年 月		手術・入院	
昭和・平成 年 月		手術・入院	

10. 輸血をしたことがありますか？
- ない ある (年 月)

11. タバコを吸われますか？
- 吸わない 吸う (本 / 日)

12. お酒を飲まれますか？
- 毎日飲む ・ ときどき飲む ・ 飲まない ・ 飲めない

13. 当クリニックまでの通院時間は？
- 交通機関 () 約 時間 分

14. 当クリニックからお伝えしたいことがある場合、
 自宅や携帯に電話させて頂く場合がありますが
 よろしいでしょうか？ (留守番電話でも)
- はい (下記にも○をお付けください) ・ いいえ
 ・ 『すぎはら婦人科』を名乗ってよい
 ・ スタッフの個人名で名乗るならよい
 ・ 留守番電話は困る

15. どこでこのクリニックを知りましたか？
- 主治医の先生からの紹介 (病院名 Dr名)
 友人 ・ インターネット ・ 新聞 ・ 駅等の広告 ・ その他 ()

16. 何かその他ご希望がございましたらご記入ください。

17. 個人歴について
- a. 結 婚 (昭和・平成 年 月) b. 離 婚 (昭和・平成 年 月) c. 再 婚 (昭和・平成 年 月)
 d. 同 棲 (昭和・平成 年 月) e. 未 婚

18. 今までの妊娠歴

年月	週数	経 過	性別・出生時体重	流産 ・ 早産の状態	病院名
昭.平 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切) 2.早産	男 g	妊娠反応のみ・胎囊が見えた 胎児が見えた・心拍が見えた	
		3.流産 4.死産 5.中絶	女 g		
昭.平 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切) 2.早産	男 g	妊娠反応のみ・胎囊が見えた 胎児が見えた・心拍が見えた	
		3.流産 4.死産 5.中絶	女 g		
昭.平 年 月	週 (ヶ月)	1.分娩(経膈・帝切) 2.早産	男 g	妊娠反応のみ・胎囊が見えた 胎児が見えた・心拍が見えた	
		3.流産 4.死産 5.中絶	女 g		

《 予診表 2 》

ID. _____

19. 今までに他院で不妊治療をうけたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
20. 19の質問であると答えられた方へ 今までどのような治療を受けられましたか？ <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 体外受精 治療期間はどれくらいですか？ 当クリニックへの転院のきっかけは何ですか？	*差し支えなければ「過去の治療歴」もご記入下さい。 年 ヶ月 ()
21. 今回希望する治療をお書き下さい	<input type="checkbox"/> 相談のみ <input type="checkbox"/> 相談後検査の内容を決めたい <input type="checkbox"/> 検査と治療 <input type="checkbox"/> タイミング治療 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精、顕微授精 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> その他 ()
22. 当クリニックへの希望はありますか？ *いくつでも結構です	<input type="checkbox"/> ゆっくりしたペースで治療したい <input type="checkbox"/> 早いペースで治療したい <input type="checkbox"/> 治療と仕事を両立したい <input type="checkbox"/> 出来るだけの検査をしたい <input type="checkbox"/> 最小限の検査をしたい <input type="checkbox"/> 精神面でのフォローも希望 <input type="checkbox"/> その他 ()
23. ご主人様は治療についてどの様にお考えでしょうか？	<input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 非協力的 <input type="checkbox"/> どちらでもない 何かありましたらお書きください ()
24. お仕事はされていますか？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している *お仕事されている方 (差し支えなければご記入下さい) (職業:) 時～ 時 (常勤 ・ パート ・ アルバイト)
25. 同居している家族に、治療をしていることを、 秘密にしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (どなたに:)

《 問診票 》

氏名

ID.

		チェック
①喘息にかかったことがありますか？	ない・ある()	済・未
②緑内障にかかったことがありますか？	ない・ある()	済・未
③ピリンアレルギーと言われたことが、ありますか？	ない・ある()	済・未
④内服薬や注射で、アレルギーを経験したことがありますか？	ない・ある⇒ある方は下記に詳しくお書きください 薬品名又は、薬の種類() 症状 ()	済・未
⑤薬以外で右のようなアレルギーを経験したことがありますか？ (○をつけて下さい)	ゴム・アルコール綿・金属・食べ物() その他() *ある方はいつ頃どのような症状かお書きください ()	済・未
⑥心臓病・不整脈と言われたことがありますか？	ない・ある()	済・未
⑦歯科などの局所麻酔で異常な経験はありますか？	ない・ある()	済・未
⑧手術や麻酔でのトラブル、その他の異常な経験はありますか？	ない・ある()	済・未
⑨麻酔がかかりにくかった経験は、ありますか？	ない・ある()	済・未
⑩副腎皮質ホルモン剤(ステロイド)を長期に服用したことがありますか？	ない・ある()	済・未
⑪今までに、血がとまりにくい経験は、ありますか？	ない・ある()	済・未
⑫早く歩いたり階段を上る時、動悸・息切れ・立ちくらみなどがありますか？	ない・ある()	済・未
⑬現在、常用している内服薬がありますか？	ない・ある()	済・未