

フリガナ			生年月日	
お名前			西暦	年 月 日 才
ご住所	〒 -			
電話番号	必ず連絡の取れる番号： - - 夫（ - - ）			
ご職業	☐ 学生 ☐ 主婦 ☐ パート ☐ 会社員 ☐ 公務員 ☐ 教職員 ☐ 医師 ☐ 医療職_____			

【1】当院を受診される理由

☐不妊検査・治療 → 授乳中（いいえ・はい）

☐不妊相談以外 → 具体的に_____

・身長_____cm 体重_____kg BMI_____ 血圧_____/_____

・ここ1-2年の間で体重の増減がありますか？ _____年で_____kg （減った・増えた・変わらない）

【2】結婚歴について

☐既婚（結婚時年齢_____才 西暦_____年_____月）不妊期間_____年（避妊期間_____年）現在のご主人の年齢_____才

☐未婚（結婚予定 ない・ある 西暦_____年_____月頃）

【3】月経について

・初潮（初めての生理）はいつですか？ _____才 ・閉経の年齢_____才

・一番最近の月経はいつからですか？ _____月_____日から_____日間

・月経の周期は何日ぐらいですか？ ☐順調 _____日 ☐不順 短い時_____日～長い時_____日

・月経痛がありますか？ ない・ある→ 軽い・時々痛み止めを使う・痛み止めを使用しても動けない

痛み止めの種類 _____

・下腹部や腰痛などの性交痛はありますか？ ない・時々ある・いつもある

・セックスの経験はありますか？ ない・ある

・1年以内に子宮頸がん検診を受けたことが ない・ある _____年_____月 正常・異常 ※結果をご持参下さい

・喫煙していますか？ いいえ・はい → 1日_____本 喫煙年数_____年

・お酒は飲みますか？ いいえ・はい → （時々・毎日）お酒の種類_____ 量_____ml

【4】病歴・薬歴について

・副作用がでた薬剤や注射はありますか？ ない・ある → 薬剤名 _____ アレルギーの種類_____

・アレルギーはありますか？ ない・ある → 具体的に_____

・かかったことのある病気・通院中の病気はありますか？ ない・ある→下の表にお書きください

（ 例）喘息・小児喘息・虫垂炎・てんかん・緑内障・心臓病・血栓症・高血圧・糖尿病・がん・肝炎・こころの病気
甲状腺異常・不整脈・子宮頸部異形成・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・抜歯・骨折 など ）

年・月（西暦）	病名	通院先	現在も通院	治療・手術内容・内服薬など
.			ない・ある	
.			ない・ある	
.			ない・ある	

【5】妊娠歴について

・中絶_____回（ _____才）

※表内↓該当する所に○を付けてください

出産・流産			分娩・流産		分娩異常		分娩した病院
年月日（西暦）	性別	出生体重	子宮外妊娠	週数	心拍有無	新生児異常	手術した病院
.	男・女	g	自然・吸引・帝切・流産・外妊				
.	男・女	g	自然・吸引・帝切・流産・外妊				
.	男・女	g	自然・吸引・帝切・流産・外妊				

※なぜ吸引分娩・帝王切開になりましたか？ _____ ※裏面もございます

◇ここからの質問は不妊症/不育症の方のみお答え下さい

【6】・不育症の検査を受けたことがありますか？ いいえ・はい→治療内容

・不妊治療を受けたことがありますか？ いいえ・はい→下記に治療内容を記入してください

通院開始年月		各病院で行った 治療内容・治療回数の合計			
(西 暦)	病院名	タイミング	人工授精	体外受精・顕微授精	保険診療・移植回数
.		回	回	回	回
.		回	回	回	回
.		回	回	回	回

排卵誘発剤 (未使用・使用→内服薬名_____注射名_____HCG 回数_____回)

【7】 次の検査を受けたことがありますか？

- ①風疹抗体検査 _____年____月頃 ワクチン接種しましたか？ いいえ・はい (自費・助成→_____県_____市)
- ②子宮卵管造影検査 _____年____月頃 正常 ・ 異常→病名_____
- ③精液検査 _____年____月頃 正常 ・ 異常→病院名_____

【8】 治療に関して、どこまで希望していますか？ (複数回答でも結構です)

☐タイミング ☐人工授精 ☐体外受精 ☐まだ決めていない

- 1、内服薬・注射は使いたくない。自然な形で妊娠したい。
- 2、妊娠の可能性が高くなるのなら、内服薬・注射による治療を受けたい。
- 3、妊娠の可能性が高くなるのなら、人工授精も受けたい。
- 4、妊娠の可能性が高くなるのなら、体外受精も受けたい。
- 5、妊娠の可能性が高くなるのなら、自費治療も受けたい。・・・
- 6、授乳中なので、完全に断乳してから検査・治療します。

保険診療は、国が定めた法律 (告示・通知) により、治療内容や料金が定められ、その範囲内で治療が行われます。

保険の範囲に入らない治療は自費診療となります。自費診療を、保険を使いながら同時に行う「混合診療」は禁止されています。

混合診療は、原則出来ないことを知っていましたか？

☐知っていた ☐知らなかった ☐理解出来ない

【9】 その他について

- ・セックスレス _____ない・ある
- ・同居・核家族 _____人家族
- ・勃起不全 _____ない・ある→ 薬剤名_____
- ・サプリ服用 _____ない・ある→ 葉酸・マルチビタミン・その他_____
- 商品名_____

・今気になっていることはありますか？

【10】 診療情報取得の同意について ↓○を付けてください

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 (初診時) 4 点 (※マイナ保険証を利用した場合は 2 点)

マイナ保険証による診療情報取得に同意 (する ・ しない)

問診担当者