

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	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 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) はいですか? _____ 才 ・閉経の年齢 _____ 才
- ・一番最近の月経いつからですか? _____ 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 年月日 (西暦)	性別	出生体重	分娩・流産 子宮外妊娠	過数	分娩異常 心拍有無	新生児異常	分娩した病院 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 病院名 _____ 正常・異常→ (_____)
- ③精液検査 _____年____月頃 病院名 _____ 正常・異常→ (_____)

【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