

2 女性問診票

全て必須

当院で希望する治療に○印を記載(選択)

一般不妊検査	タイミング法	人工授精	体外受精/顕微授精
TESE	不育検査/治療	オプション検査/治療(着床障害関連)	
セカンドオピニオン	その他()		

当院に来られたきっかけは何ですか(選択)

医師の紹介()	知人の紹介()	雑誌	本
テレビ	インターネット	松林ブログ	北宅ブログ
			その他

結婚していますか(選択)

はい	いいえ (離婚	再婚	婚約)
----	---------	----	-----

結婚されている場合、それはいつですか

①	年	月	①	年	月
---	---	---	---	---	---

妊娠したことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

妊娠を目指したのはいつ頃からですか

①	年	月
---	---	---

避妊期間はありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、いつからいつまでですか

	年	月	~	年	月
--	---	---	---	---	---

性行為に支障がありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

今までに、不妊症の検査をしましたか

はい	いいえ
----	-----

生理についてお尋ねします

最終生理

	月	日	~	月	日
--	---	---	---	---	---

その前の生理

	月	日	~	月	日
--	---	---	---	---	---

生理周期

整の場合→()日周期	不整の場合→最短で()日、最長で()日
-------------	-----------------------

量

多	中	少
---	---	---

痛み

強	中	弱
---	---	---

初潮

	歳
--	---

薬剤や食物で何か症状が出たことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、名前と症状をお書きください

病気になったことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、いつ、どんな病気ですか(手術歴および現在投薬中のものは別紙に記載)

血縁のご家族に下記の病気の方はいますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

いらっしゃる場合に○をつけ、それがどなたか記載して下さい

高血圧	糖尿病	脳梗塞	心筋梗塞	狭心症	肺塞栓症	深部静脈血栓症	癌	肉腫
-----	-----	-----	------	-----	------	---------	---	----

タバコを吸いますか(選択)

はい:1日()本	いいえ
-----------	-----

お酒を飲みますか(選択)

はい:週に()回	いいえ
-----------	-----

職業上、有機溶剤を使用していますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

職業上、放射線や放射性物質を使用していますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ウサギを飼っていたことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

落花生のアレルギーはありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----