

## 岡本ウーマンズクリニック外来問診票

ふりがな( ) 初診日 西暦 年 月 日  
 お名前 生年月日 西暦 年 月 日( )歳  
 身長 cm 体重 kg

診察がスムーズに行えるように、お手数ですができるだけ詳しくお書き下さい。

- 御結婚された日を教えてください。西暦 年 月 日( 才)
- 御結婚後、避妊されていた期間がありますか。 なし・ある( 年 カ月)
- 今までに不妊症の治療を受けたことがありますか。 なし・ある  
 あると答えた方はわかる範囲で結構ですので、下記の項目についてお書き下さい。

治療期間	治療内容(検査・内服注射・人工授精・体外受精など)	病院名
追加要素		

- ①最終月経はいつですか。西暦 年 月 日( 日間)  
 ②その前の生理は順調でしたか。前回 西暦 年 月 日( 日間)  
 ③周期はどうですか。順調( 日間)不順( 日～ 日周期)量(多・普・少)  
 ④生理痛はありますか。 なし・ある(症状 )程度(軽・中・重)  
 ⑤初潮はおいくつの時ですか。( 歳)
- 妊娠したことがありますか。 なし・ある  
 あると答えられた方は、時期とその経過についてお書き下さい。

年月日	週数	経過(正常産・流早産・子宮外妊娠・中絶など) ※ご主人が御承知ない経過については右枠に○をつけて下さい	

最後の妊娠より( )年経過

- ①今までに入院や長く通院するような病気、または手術をされたことがありますか。  
 なし・ある

あると答えられた方は、時期、病名についてお書き下さい。

時期 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

②今現在、治療中の病気はありますか。 なし ・ ある

病名:

内服薬名(漢方など):

③何か特別の体質ですか。 アレルギー体質 なし ・ ある

喘息 アトピー 蕁麻疹(原因 ) 花粉症 鼻炎  
抗生物質(薬品名 ) その他薬品食物など(種類 )

④子宮癌の検診を受けられたことがありますか。

なし ・ ある 時期(西暦 年 月 日)

7. ①奥様は煙草を吸っていますか。 はい ・ いいえ

②「はい」と答えた方 喫煙歴 ( )歳から( )歳まで  
1日の本数 ( )本

8. 奥様の飲酒について 飲まない 毎日 一週間に 日程度  
(飲酒の種類 )

9. 現在の職業(職種名と勤務体制を具体的にご記入下さい)

夫 \_\_\_\_\_ 妻 \_\_\_\_\_

10. ①現在ご主人の治療中の病気はありますか。又、これまでに病気されたことがありますか。  
なし ・ ある ( )

②精液検査を受けられたことがありますか。 なし ・ ある (時期 )

③治療についてご主人はどうですか。 協力的 ・ あまり協力的でない

11. 不妊治療についてどこまで希望されていますか(現在のお考えで結構です。)

タイミング法 人工授精 体外受精 その他( )

12. 治療を行っていく上で心配なこと、ぜひ聞いておきたいことはありますか。

13. 一番最初にどのようにして当院をお知りになりました。一つお選び下さい。

ホームページ 友人・知人 医療関係者 その他( )

14. ホームページを閲覧された方で一番関心を持たれたページをお聞かせ下さい。一つお選び下さい。

治療方針 妊娠成績 治療・検査内容 職員紹介

施設の雰囲気 取り組み(ピュアクラブ・不妊予防シンポジウム・不妊治療説明会)

ご記入ありがとうございました。お済みになりましたらこの用紙を受付にお渡し下さい。

敬具 院長