

名越産婦人科 女性 問診表

フリガナ: 記入日: 20 年 月 日
 お名前: (旧姓) 生年月日: S・H 年 月 日
 〒: _____
 住所: _____
 自宅の電話: _____
 緊急連絡先: 自宅・妻職場・夫職場・携帯 年齢: _____ 歳 _____ ヶ月
 連絡先電話: _____ 身長: _____ cm
 メールアドレス: _____ 体重: _____ kg

こちらから電話する際「こちらは名越産婦人科ですが」と(言って良い・言わないで欲しい)

1. 当院への受診理由(複数可)

- 1) 友達に聞いて(_____ さま) 2) ご家族の勧め 3) 新聞・情報誌
 4) 他医のご紹介(_____ 先生) 5) 自宅が近い 6) 職場が近い
 7) 以前より当院 8) インターネット 9) 看板を見て 10) 電話帳を見て

2. 通院手段

- 1) 車 2) 電車・バス 3) 徒歩・自転車等
 当院までの所要時間(_____)分

3. あなたの職業

- 1) 主婦 2) 公務員(_____) 3) 会社員(_____)
 4) 学生(_____) 5) その他

夫または保護者の職業

- 1) 公務員(_____) 2) 会社員(_____) 3) その他(_____)

4. 本日の受診理由(複数可)

- 1) 子供がほしい a) 性感染症の検査希望
 2) 月経の遅れ/月経がない b) 風疹の検査希望
 3) 月経不順 c) 子宮ガンの検診希望
 4) 月経の異常 d) 性交障害
 5) 月経時の下腹痛・腰痛 e) ブライダルチェック希望
 6) 月経時以外の出血 f) その他
 7) 月経時以外の下腹痛・腰痛
 8) おりものの異常
 9) 外陰・膣の異常(痒み・痛み・しこり)
 10) 尿の異常
 11) ほてり/肩こり/発汗
 12) 子宮筋腫 / 卵巣腫瘍 / 子宮内膜症

上記の詳細について(症状、いつから、どこに、経過など詳しく記入してください。)

[_____]

裏面もご記入ください

5. 基礎体温表 (ない・ある)
6. 喫煙習慣 (ない・ある：1日 本程度)
飲酒習慣 (ない・ある：1日 本程度)
7. 現在治療中の病気 (ない・ある：)
現在服用中の薬剤 (ない・ある：)
入院治療の既往 (ない・ある：)
手術の既往 (ない・ある：)
アレルギー・喘息の既往 (ない・ある：)
他の気になる疾患 (ない・ある：)
股関節の障害 (ない・ある：)
8. 最近受けた子宮癌検診 (受けてない・ 年 月頃：異常なし・精密検査・その他)
最近受けた乳癌検診 (受けてない・ 年 月頃：異常なし・精密検査・その他)
9. あなたの血縁関係の方に、下記の方はいますか
糖尿病・高血圧・心臓病・癌 (いない・いる：)
気になる疾患 (いない・いる：)
10. 月経について
月経開始日 今回 年 月 日より 日間
前回 年 月 日より 日間
前々回 年 月 日より 日間
月経開始から次の月経開始までの周期 ～ 日
出血持続日数 ～ 日間
月経出血 (少量・ふつう・多い・長い・短い)
月経時痛 (無い・軽い・強い)
初潮 (自然に・薬で) 歳 閉経 歳
11. 性交経験について (まったくない・過去にある・現在ある)
避妊について (まったくない・過去にある・現在ある)
(コンドーム・避妊薬・子宮内器具・膣外射精・他： 年 月～ 年 月)
平均的な性交間隔 (週に 回・月に ～ 回・ほとんどない・ない)
結婚していますか (はい・いいえ・予定あり： 予定日 年 月)
あなたは結婚何回目ですか (回目： 年 月)
ご主人は結婚何回目ですか (回目)
12. 妊娠したことは (ない・ある)
1回目： 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
2回目： 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
3回目： 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
4回目： 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・正常分娩・その他
13. その他、何か心配なことやご相談になりたいことがあれば、お書きください。

[]

14. 現在までに不妊治療を受けたことがありますか (なし・あり)

(医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)
 (医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)
 (医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)
 (医療機関名: : 年 月頃から 年 月頃まで)

子宮筋腫を指摘されたこと (なし・あり: 年頃)
 子宮内膜症を指摘されたこと (なし・あり: 年頃)
 卵巣のう腫を指摘されたこと (なし・あり: 年頃)
 卵巣や卵管の癒着を指摘されたこと (なし・あり: 年頃)
 卵管の閉鎖・狭窄・腫れを指摘されたこと (なし・あり: 年頃)
 現在、服用している薬剤がありますか (なし・あり: 薬剤名)

子宮卵管造影検査 (レントゲンによる卵管検査) (なし・あり: 年 月頃)
 右卵管 (異常なし・異常あり:)
 左卵管 (異常なし・異常あり:)
 子宮腔 (異常なし・異常あり:)

通気検査 (炭酸ガスを卵管に通すルビン検査) (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 月経時に性腺刺激ホルモン=LH・FSH 採血検査 (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 排卵頃に卵胞ホルモン=エストラジオール採血検査 (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 基礎体温高温中期に黄体ホルモン=プロゲステロン採血検査 (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 プロラクチン採血検査 (乳汁分泌関連ホルモン) (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 甲状腺機能検査 (採血) (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 クラミジア感染の採血検査 (なし・あり: 異常なし・異常あり)

下記の感染症検査で異常を診断されたことがありますか

梅毒・B型肝炎・C型肝炎・エイズ・淋菌・結核・その他

腹腔鏡 (なし・あり: 年頃: 医療機関)
 開腹手術 (なし・あり: 年頃: 医療機関)
 子宮鏡 (なし・あり: 年頃: 医療機関)
 子宮内膜搔爬 (なし・あり: 年頃: 医療機関)
 上記以外に不妊入院治療を受けたことがありますか (なし・あり: 年頃)

精液検査を受けたことは (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 性交後に精子の子宮頸管粘液での運動性検査 (フナーテスト) (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 採血検査で抗精子抗体という検査 (なし・あり: 異常なし・異常あり)
 人工授精 (なし・あり: 回)
 体外受精 (なし・あり: 回)
 顕微授精 (なし・あり: 回)
 精巣上体または精巣精子による顕微授精 (なし・あり: 回)

15. 不妊治療を現在どのようにお考えですか

- 1) 保険診療の範囲で考えている (保険適応外の検査や治療は考えていない)
- 2) 保険適応外の検査でも積極的にしたいと考えている
- 3) 腹腔鏡 (入院による検査治療) も考えている
- 4) 人工授精も考えている
- 5) 体外受精も考えている

現在のところ、不妊治療期間をどのくらいと考えていますか 今後 () 年間くらい