

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
 体重 : kg
 BMI
 18 歳以降の体重の変動は kg ～ 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. 当院を選択した理由 (複数可)

- 1) 他医のご紹介 (先生) 2) 知人やご家族の勧め (さま)
 3) 自宅や勤務先が近い 4) 通院しやすい診療時間
 5) ネット情報 (ホームページ ・ インスタ ・ ブログ ・ ロコミ)
 6) 路上看板を見て 7) その他 ()

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

- 1) 子どもがほしい
 2) 月経異常 (不順 ・ 無月経 ・ 月経痛)
 婦人科疾患 (子宮筋腫 ・ 卵巣嚢腫 ・ 子宮内膜症 ・ 更年期症状)
 外陰部の異常 (痛み ・ 痒み ・ しこり ・ におい)
 おりもの異常 (量が多い ・ においが気になる)
 検査希望 (性感染症 ・ 風疹抗体 ・ 子宮癌 ・ プライダルチェック)
 その他 ()

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。)

5. 基礎体温表 (ない ・ ある)

裏面もご記入ください

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 :)
 現在服用中のサプリメント (ない・ある :)
 既往症 (ない・ある :)
 アレルギー (ない・ある :)
 喘息の既往 (ない・ある :)
 他の気になる疾患や内診が難しいような股関節の障害 (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、下記の方はいいますか
 糖尿病・高血圧・心臓病・癌・甲状腺疾患 (い/ない・いる :)
 その他気になる疾患 (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
 排卵の頃の頸管粘液の自覚 (ない・ある)
11. 性交経験について (まったくない・過去にある・現在ある) 性交障害 (ある・ない)
 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)
 妊活を始めたのはいつからですか (年 月) (アプリ使用・排卵検査薬使用)
12. 妊娠したことは (ない・ある)
 1 回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 経膣分娩・帝王切開・流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・その他
 2 回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 経膣分娩・帝王切開・流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・その他
 3 回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 経膣分娩・帝王切開・流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・その他
 4 回目 : 年 月 (妊娠 週) 男・女 g
 経膣分娩・帝王切開・流産・人工妊娠中絶・子宮外妊娠・胎状奇胎・死産・早産・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、記入してください。

[]

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)
 自己注射を施行した経験がありますか (なし・あり : 保険・自費・不明)

以下の指摘を受けたことはありますか

(子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・卵巣や卵管の癒着・卵管の閉鎖・狭窄・腫れ)
 それはいつ頃ですか (年頃 医療機関 :)

婦人科の疾患で以下の治療を受けたことがありますか

(腹腔鏡・開腹手術・子宮鏡・子宮内膜搔爬)

これ以外に不妊で入院治療を受けたことがありますか ()

それはいつ頃ですか (年頃 医療機関 :)

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)

甲状腺機能採血検査 (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)

風疹抗体採血検査 (なし・あり : 倍・不明)

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 :)

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)

人工授精

(なし・あり : 回)

体外受精

(なし・あり : 採卵 回)

顕微授精

(なし・あり : 採卵 回)

新鮮胚移植

(なし・あり : 回)

凍結融解胚移植

(なし・あり : 回)

15. 今後どのような治療を希望されていますか

- 1) タイミング法を考えている
- 2) 人工授精を考えている
- 3) 体外受精を考えている
- 4) 生命保険の給付を受けたい・先進医療の給付を受けたいと考えている
- 5) 保険診療の範囲で考えている(保険適応外の治療は考えていない)
- 6) 保険適応外の検査や治療でも積極的にしたいと考えている

*人工授精や体外受精は保険適用の手術です

*加入されている生命保険によって手術や先進医療の給付が受けられる場合があります

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

将来、子どもは何人希望されていますか (人)

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、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカードではなく、保険証をご利用される方へ

高額療養費制度の限度額認定証がなくても、口頭確認により限度額情報をオンライン取得することで限度額を超える支払いが免除されます。
そのため、限度額情報の提供に同意していただくと、以下の情報が共有されます。
(詳しくは厚生労働省 HP を参照ください)

- ◇限度額認定証区分
- ◇適用区分（被保険者等の標準報酬や前年度所得の水準に応じて設定される）
- ◇交付年月日
- ◇回収年月日
- ◇長期入院該当年月日

☐ 同意する