

名越産婦人科 女性 問診表

フリガナ お名前	(旧姓:)	記入日	20 年 月 日
生年月日	(S ・ H) 年 月 日	年齢	歳
〒 住所		身長	cm
連絡先		体重	kg
		BMI	
		18歳以降の体重の変動は	～ kg

*こちらから電話する際「名越産婦人科」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)

ご 紹 介 : (病院 先生) ・ 知人やご家族 (さま)
 利 便 性 : 自宅や勤務先が近い ・ 通院しやすい診療時間
 ご自身で検索 : ネット情報(ホームページ / インスタ / ブログ / 口コミ) ・ 路上看板
 そ の 他 : ()

2. 通院手段

(車 ・ 電車 ・ バス ・ 徒歩 ・ 自転車 ・ その他)
 当院までの所要時間 () 分

3. あなたの職業

(主婦 ・ 公務員 ・ 会社員 ・ 学生 ・ その他)

夫またはパートナーの職業

(公務員 ・ 会社員 ・ 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 ・ ブライダルチェック)

その他 ()

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

5. 基礎体温表 (無 ・ 有)

6. 喫煙習慣 (無 ・ 有 : 1日 本程度)

飲酒習慣 (無 ・ 有 : 1日 本程度)

裏面もご記入ください

7. 現在治療中の病気 (無・有 :))
 現在服用中の薬剤 (無・有 :))
 現在服用中のサプリメント (無・有 :))
 既往症 (無・有 :))
 アレルギー・喘息など (無・有 :))
 他の気になる疾患や内診が難しいような股関節の障害 (無・有 :))

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))
 最近受けた健診 (人間ドック・職場健診・特定健診 : 年 月頃・結果))

9. あなたの血縁関係の方に、以下の方はいますか
 糖尿病・高血圧・心臓病・癌・甲状腺疾患(いない・どなた :))
 その他気になる疾患 (いない・どなた :))

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
 普段の月経周期(月経開始から次の月経開始までの日数) ~ 日
 月経出血 (少量・ふつう・多い・長い・短い)
 出血持続日数 (~ 日間)
 月経痛 (無・軽い・強い・鎮痛剤を使用)
 初潮 (自然に・薬で : 歳) ・閉経 (歳)
 排卵の頃の頸管粘液の自覚 (無・有)

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 (無・有)
 平均的な性交間隔 (週に 回・月に ~ 回・ほとんど無・無)
 結婚していますか (はい・いいえ・予定あり : 予定日 年 月)
 あなたの結婚は (回目 : 年 月)
 夫の結婚は (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 (無・有)
 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
 5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 (無・有)

(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 (無・有 : 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・その他)
 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)(無・有 : 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) (無・有 : 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 (無・有 : 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 (無・有 : 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 (無・有 : 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) (無・有 : 異常なし・異常あり)

甲状腺機能採血検査 (無・有 : 異常なし・異常あり)

クラミジア感染の採血検査 (無・有 : 異常なし・異常あり)

風疹抗体採血検査 (無・有 : 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 (無・有 : 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) (無・有 : 異常なし・異常あり)

人工授精 (無・有 : 回)

体外受精 (無・有 : 採卵 回)

顕微授精 (無・有 : 採卵 回)

新鮮胚移植 (無・有 : 回)

凍結融解胚移植 (無・有 : 回)

15. 今後どのような治療を希望されていますか

(タイミング法・人工授精・体外受精・保険適用外の検査や治療)

医療保険に加入されていますか

(無・有 : 日帰り手術特約あり・先進医療特約あり)

→人工授精や体外受精は保険適用の手術です

加入されている医療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)

【すべての患者さまへ】 確認後、チェックしてください	
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	
確認しました	<input type="checkbox"/>
【マイナンバーカードを利用される患者さま】 該当欄へチェックしてください(初診当日について)	
マイナ保険証による診療情報取得に同意する *基本的に診療情報取得をさせていただきます	<input type="checkbox"/>
マイナ保険証による診療情報取得に同意しない	<input type="checkbox"/>
診療情報とは、 ①薬剤情報:過去3年間に処方された薬の履歴(飲み合わせ、重複投与防止のため) ②特定健診情報:40歳以上の特定健診結果(血圧、血糖値など生活習慣病リスク把握のため) ③診療情報(手術歴含む):他の医療機関での受診歴(病名や医師の所見などのプライバシー情報は非公開)	
【資格確認書を利用される患者さま】 該当欄へチェックしてください	
高額療養費制度の限度額認定証がなくとも、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)	
<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<input type="checkbox"/>
限度額情報の提供に同意する	<input type="checkbox"/>
限度額情報の提供に同意しない 限度額認定証を自身で取得するまたは高額療養費制度の手続きは自身で行います	<input type="checkbox"/>