

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