

この問診票は、診療を円滑に行うために使用させていただきます。
それ以外には使用しませんのでご了承下さい。

問診表

下記の質問に答えてスタッフにお渡しください。

フリガナ お名前	年齢		職業	
電話番号(御自宅)	携帯番号			
御住所 〒				

1. あなたの月経について

- ①初経は () 歳、(小・中・学校 年)
- ②一番最近の月経は 月 日から 日間
- ③月経は何日続きますか () 日間
- ④月経周期は 順調 () 日型・不順 () 日型
- ⑤月経の時は痛みますか なし・軽度・中等度・高度
- ⑥月経の量は 少ない・普通・多い・かたまりが出る

2. あなたの結婚暦・妊娠・分娩について

- ①性交(セックス)の経験がありますか はい・いいえ
- ②結婚は している(初婚・再婚) していない(同棲中・婚約中・その他)
- ③何歳で結婚されましたか 昭・平 () 年 () 月 () 日 () 歳の時
- ④避妊の期間がありますか () 年 () ヶ月
- ⑤妊娠したことがありますか はい・いいえ
- ⑥妊娠したことがある方は次にお答えください
分娩 () 回 人工妊娠中絶 () 回 自然流産 () 回

3. あなたの

身長 () cm、体重 () kg、血液型 () 型 Rh (+・-)

4. タバコを 吸う () 本/1日 ・ 吸わない

2枚目に続きます

5. 今までかかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

①主な病気は該当するものに○をしてください。

喘息（ ）歳 高血圧（ ）歳 糖尿病（ ）歳 心臓病（ ）歳

肝疾患（ ）歳 腎疾患（ ）歳 その他（ ）

②手術は（ ）（ ）歳の時

③アレルギー体質だと医師に言われたことがありますか はい いいえ
（食べ物等）

④今までで使った薬や注射で副作用が起きたことがありますか はい いいえ
（名前がわかればお書き下さい）

⑤輸血を受けたことがありますか はい いいえ

6. 不妊治療を受けたことがありますか はい（治療期間 年 ヶ月）・いいえ

はいと答えられた方は、治療の内容について該当するものをお答えください。

①基礎体温のみ

②タイミング療法（ ）周期

③ホルモン刺激（内服・注射）（ ）周期

④精液検査 検査済み・検査未

⑤卵管通過検査 検査済み（通気・造影）・検査未

⑥人工授精（ ）回

⑦体外受精（ ）回

⑧その他（ ）

7. 御主人について

①年齢（ ）歳 職業（ ） 血液型（ ）型 Rh（+・-）

②健康ですか はい・いいえ（ ）

③今までにかかった病気は（ ）

ご協力ありがとうございました。