

アートクリニック産婦人科・初診問診票

フリガナ		生年月日
お名前		西暦 年 月 日 才
ご住所	〒 - -	
電話番号	必ず連絡の取れる番号： - - 夫 ( - - )	
ご職業	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療職 _____	

【1】 当院を受診される理由

- 不妊検査・治療 → 授乳中 (いいえ・はい)  
不妊相談以外 → 具体的に \_\_\_\_\_  
 ・身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_ 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ・ここ1-2年の間で体重の増減がありますか? \_\_\_\_\_ 年で \_\_\_\_\_ kg (減った・増えた・変わらない)

【2】 結婚歴について

- 既婚 (結婚時年齢 \_\_\_\_\_ 才 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 不妊期間 \_\_\_\_\_ 年 (避妊期間 \_\_\_\_\_ 年) 現在のご主人の年齢 \_\_\_\_\_ 才  
未婚 (結婚予定 ない・ある 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

【3】 月経について

- ・初潮 (初めての生理) はいですか? \_\_\_\_\_ 才 ・閉経の年齢 \_\_\_\_\_ 才  
 ・一番最近の月経はいつからですか? \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間  
 ・月経の周期は何日ぐらいですか? 順調 \_\_\_\_\_ 日 不順 短い時 \_\_\_\_\_ 日~長い時 \_\_\_\_\_ 日  
 ・月経痛がありますか? ない・ある → 軽い・時々痛み止めを使う・痛み止めを使用しても動けない  
 痛み止めの種類 \_\_\_\_\_  
 ・下腹部や腰痛などの性交痛はありますか? ない・時々ある・いつもある  
 ・セックスの経験はありますか? ない・ある  
 ・1年以内に子宮頸がん検診を受けたことが ない・ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 正常・異常 ※結果をご持参下さい  
 ・喫煙していますか? いいえ・はい → 1日 \_\_\_\_\_ 本 喫煙年数 \_\_\_\_\_ 年  
 ・お酒は飲みますか? いいえ・はい → (時々・毎日) お酒の種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ ml

【4】 病歴・薬歴について

- ・副作用がでた薬剤や注射はありますか? ない・ある → 薬剤名 \_\_\_\_\_ アレルギーの種類 \_\_\_\_\_  
 ・アレルギーはありますか? ない・ある → 具体的に \_\_\_\_\_  
 ・かかったことのある病気・通院中の病気はありますか? ない・ある → 下の表にお書きください

例) 喘息・小児喘息・虫垂炎・てんかん・緑内障・心臓病・血栓症・高血圧・糖尿病・がん・肝炎・こころの病気  
 甲状腺異常・不整脈・子宮頸部異形成・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・抜歯・骨折 など

年・月 (西暦)	病名	通院先	現在も通院	治療・手術内容・内服薬など
.			ない・ある	
.			ない・ある	
.			ない・ある	

【5】 妊娠歴について

- ・中絶 \_\_\_\_\_ 回 ( \_\_\_\_\_ 才) ※表内↓該当する所に○を付けてください

出産・流産 年月日 (西暦)	性別	出生体重	分娩・流産 子宮外妊娠	週数	分娩異常 心拍有無	新生児異常	分娩した病院 手術した病院
.	男・女	g	自然・吸引・帝切・流産・外妊				
.	男・女	g	自然・吸引・帝切・流産・外妊				
.	男・女	g	自然・吸引・帝切・流産・外妊				

※なぜ吸引分娩・帝王切開になりましたか? \_\_\_\_\_ ※裏面もございます

◇ここからの質問は不妊症/不育症の方のみお答え下さい

【6】・不育症の検査を受けたことがありますか？ いいえ・はい→治療内容

・不妊治療を受けたことがありますか？ いいえ・はい→下記に治療内容を記入してください

通院開始年月 (西暦)	病院名	各病院で行った 治療内容・治療回数の合計			
		タイミング	人工授精	体外受精・顕微授精	保険診療・移植回数
.		回	回	回	回
.		回	回	回	回
.		回	回	回	回

排卵誘発剤 ( 未使用・使用→内服薬名\_\_\_\_\_注射名\_\_\_\_\_HCG回数\_\_\_\_\_回 )

【7】 次の検査を受けたことがありますか？

- ①風疹抗体検査 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃 ワクチン接種しましたか？ いいえ・はい (自費・助成→\_\_\_\_県\_\_\_\_市)
- ②子宮卵管造影検査 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃 正常 ・ 異常→病名\_\_\_\_\_
- ③精液検査 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃 正常 ・ 異常→病院名\_\_\_\_\_

【8】 治療に関して、どこまで希望していますか？ (複数回答でも結構です)

タイミング  人工授精  体外受精  まだ決めていない

- 1、内服薬・注射は使いたくない。自然な形で妊娠したい。
- 2、妊娠の可能性が高くなるのなら、内服薬・注射による治療を受けたい。
- 3、妊娠の可能性が高くなるのなら、人工授精も受けたい。
- 4、妊娠の可能性が高くなるのなら、体外受精も受けたい。
- 5、妊娠の可能性が高くなるのなら、自費治療も受けたい。・・・
- 6、授乳中なので、完全に断乳してから検査・治療します。

保険診療は、国が定めた法律 (告示・通知) により、治療内容や料金が定められ、その範囲内で治療が行われます。  
 保険の範囲に入らない治療は自費診療となります。自費診療を、保険を使いながら同時に行う「混合診療」は禁止されています。  
 混合診療は、原則出来ないことを知っていましたか？

知っていた  知らなかった  理解出来ない

【9】 その他について

- ・セックスレス \_\_\_\_\_ ない・ある
- ・同居・核家族 \_\_\_\_\_ 人家族
- ・勃起不全 \_\_\_\_\_ ない・ある→ 薬剤名\_\_\_\_\_
- ・サプリ服用 \_\_\_\_\_ ない・ある→ 葉酸・マルチビタミン・その他\_\_\_\_\_  
商品名\_\_\_\_\_

・今気になっていることはありますか？

【10】 診療情報取得の同意について ↓○を付けてください

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1 (初診時) 4点 (※マイナ保険証を利用した場合は2点)

マイナ保険証による診療情報取得に同意 ( する ・ しない )

問診担当者