

産婦人科外来 初診問診票(不妊・不育)

本人：氏名() 年齢()歳
 身長()cm 体重()kg 血圧(/)mmHg 脈拍()回/分
 御主人：氏名() 年齢()歳
 身長()cm 体重()kg

●ご自宅とご本人様の携帯以外で、連絡のとれる連絡先を2箇所お願いします。

①番号() 氏名() 続柄()
 ②番号() 氏名() 続柄()

●今までにかかった病気、受けた手術を教えてください。

年齢	病名	治療(内服・手術・経過観察など)
例)48歳	高血圧	内服治療中
歳		
歳		
歳		

●精神科受診をしたことがありますか？(あり・なし)⇒(病院名：)

●現在、常用している薬があれば教えてください。()

●かかりつけ医：() かかりつけ薬局：()

●アレルギーについて

- ①今までに食べ物や薬で蕁麻疹、発熱、発赤などが出たことは？ (あり・なし)
 食べ物() 薬()
 ②ラテックスアレルギーはありますか？(あり・なし)
 ③喘息の既往はありますか？(あり・なし) ⇒最終発作(いつ：)

●輸血をしたことがありますか？(あり・なし)

●家族の方で下記の病気にかかっている場合は、該当するものに☑をつけてください。

糖尿病 高血圧 癌 腎臓病 肝臓病 心臓病 アレルギー疾患 精神疾患

●喫煙歴

- ①本人 吸ったことがない 以前吸っていた()本/日 現在吸っている()本/日
 ②同居家族 夫 その他() ⇒分煙できていますか？(はい・いいえ)

●飲酒歴 飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む
 ⇒(種類：)を(量：)/日、(頻度： 回)/週

●月経について

- ・初経は何歳でしたか？()歳 ・月経周期は何日ですか？()~()日
- ・月経は何日間ですか？()日間
- ・最終月経はいつですか？(月 日 ~ 日間)
- ・月経量は？(多い・中等量・少ない) ・月経痛は？(強い・軽い)

●妊娠・出産(流産・中絶を含む)の経験はありますか？以下に記入して下さい。

分娩年月日	年齢	週数	性別	体重	出産・産後の状態
例)H23年4月15日	25歳	38週	(男・女)	3250g	正常分娩・帝王切開・流産・死産・中絶など
年 月 日	歳	週	男・女	g	
年 月 日	歳	週	男・女	g	
年 月 日	歳	週	男・女	g	

●結婚はしていますか？(はい・いいえ・予定)(歳： 年 月 日)

●性交渉の経験はありますか？(はい・いいえ)

●不妊期間はどの程度ですか？(年 ヶ月)

●御主人は健康ですか？(持病などあれば以下に記載)

●不妊治療の経験はありますか？(はい・いいえ) →病院名：

治療内容：