

	メディカルパーク湘南 初診の方のための問診表	
--	---	--

お名前 _____ 殿 _____ 歳

メディカルパーク湘南を受診していただきありがとうございます。
 診察させていただく前に、以下の項目について記入していただくことにより、受診時に最大限のお話ができるように準備させていただきたいと思っております。なお、ご不明のところは記入されなくてもかまいません。
 以下該当欄に○をご記入ください。

1. 来院の理由をお聞かせください。

	紹介状を持って来院した。
	生理が遅れ、妊娠しているかもしれない。 当院での分娩希望(有 無)
	生理以外に出血があり、心配。
	子宮ガンが心配で検診を希望している。
	子宮筋腫が心配で検診を希望している。
	卵巣腫瘍が心配で検診を希望している。
	おなかが痛く、婦人科的なものではないかと心配。
	おりものに異常があるのが心配。
	外陰部にかゆみがある。
	生理痛がひどいので診てほしい。
	セカンド オピニオンとして。
	子供が欲しいが、出来ない。
	その他

2. 当クリニックについて

当クリニックを知ったきっかけ	他院からの紹介・知人からの紹介・インターネット その他()
自宅からの通院時間	時間 分

3. 生理はここ1年以内にありますか？

	はい	いいえ	閉経 歳
--	----	-----	------

4. 以下は、3. で「はい」とお答えいただいた方にお尋ねします。

生まれてはじめて生理があったのは何歳でしょうか？	歳
一番最近の生理はいつから何日間続きましたか？	月 日より 日間
いつもと同じような生理でしたか？	はい ・ いいえ
いつもは何日ごとに生理になりますか？	日周期 整 ・ 不整
いつもは生理の量は多いですか？	多い ・ 普通 ・ 少ない
いつもは何日間続きますか？	日間くらい
いつも生理痛はひどいですか？	痛くない・少し痛い・痛い・酷い・非常に酷い
普段生理痛のために鎮痛剤を使用していますか？	毎回 ・ 時々 ・ いいえ
現在、妊娠している可能性はありますか？	はい ・ いいえ

5. 現在、ご結婚はされていますか？

はい	いいえ
----	-----

6. 独身の方にお尋ねします。性交渉の経験はありますか？

はい	いいえ
----	-----

7. 妊娠したことはありますか？

はい	いいえ
----	-----

8. 以下は7. で「はい」とお答えいただいた方にお尋ねします。

今まで何回妊娠しましたか？	回
分娩は何回ですか？	回
① 歳 週 日 帝王切開・経産分娩 体重 g 男・女 流産・人工妊娠中絶・その他() 経過良好・否	
② 歳 週 日 帝王切開・経産分娩 体重 g 男・女 流産・人工妊娠中絶・その他() 経過良好・否	
③ 歳 週 日 帝王切開・経産分娩 体重 g 男・女 流産・人工妊娠中絶・その他() 経過良好・否	
④ 歳 週 日 帝王切開・経産分娩 体重 g 男・女 流産・人工妊娠中絶・その他() 経過良好・否	

9. がん検診は受けられたことがありますか。

はい	いいえ
----	-----

「はい」と答えた方にお尋ねします。

年 月	子宮頸がん	異常なし・異常あり	治療()
年 月	子宮体がん	異常なし・異常あり	治療()
年 月	乳がん	異常なし・異常あり	治療()

10. 既往歴についてお尋ねします。今までに病気や手術を受けたことはありますか？

はい	いいえ
----	-----

「はい」と答えた方にお尋ねします。入院したり、薬を飲んだり、経過を追っている病気がありますか？

年齢	病名	手術名・治療法(内服薬等)
(歳)	(例：盲腸)	(例：開腹手術)

11. アレルギーはありますか？

はい ((例)スギ花粉 薬品名)	いいえ
--------------------	-----

12. 薬を服用時、注射時、検査時に副作用などの異常が起こったことがありますか？

はい (薬名)その時の状態()	
(薬名)その時の状態()	
いいえ	

13. ご家族(ご両親、ご兄弟、ご姉妹)に大きなご病気の方はいらっしゃいますか？

はい (病名)どなたが	
(病名)どなたが	
いいえ	

14. 喫煙歴について

本人	有・無	歳～	年間	本数:	本/日	禁煙中(~)
夫	有・無	歳～	年間	本数:	本/日	禁煙中(~)

妊娠をご希望の方のための問診表

不妊治療を目的に受診された方は、以下の項目にも、ご記入ください。

1. ご夫婦について

年齢	本人 歳	ご主人 歳
職業	本人	ご主人
結婚した年	西暦 年 月 日	
避妊期間	なし ・ あり (年 月 日 ~ 年 月 日)	
妊娠のための努力をし始めた時期	年 月ごろから	
現在の夫婦生活	回 / ヶ月	
離婚経験	本人 あり ・ なし	ご主人 あり ・ なし
希望の治療 (複数回答可)	本人	・ 不妊治療検査 ・ 排卵誘発剤 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ わからない
	ご主人	・ 不妊治療検査 ・ 排卵誘発剤 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ わからない
基礎体温表	つけている:いつから(年 月~)	つけていない

2. 他院で、行ったことのある検査や治療がありましたらご記入ください。

① ホルモン検査		
ホルモン検査 月経 ____日目の採血	LH ____ mIU/ml	FSH ____ mIU/ml
	PRL ____ ng/ml	P ____ ng/ml E2 ____ pg/ml
	AMH ____ ng/ml	
② 感染症		
クラミジア	陰性	陽性 (<input type="checkbox"/> 治療した <input type="checkbox"/> 治療していない)
淋病	陰性	陽性 (<input type="checkbox"/> 治療した <input type="checkbox"/> 治療していない)
性器ヘルペス	陰性	陽性 (<input type="checkbox"/> 治療した <input type="checkbox"/> 治療していない)
梅毒	陰性	陽性 (<input type="checkbox"/> 治療した <input type="checkbox"/> 治療していない)
B型肝炎	陰性	陽性 (<input type="checkbox"/> 治療した <input type="checkbox"/> 治療していない)
C型肝炎	陰性	陽性 (<input type="checkbox"/> 治療した <input type="checkbox"/> 治療していない)
③ 婦人科疾患の有無		
子宮筋腫	なし	あり
子宮ポリープ	なし	あり
卵巣嚢腫	なし	あり
④ 不妊症検査		
子宮卵管造影検査	異常なし	異常あり
子宮鏡検査	異常なし	異常あり
腹腔鏡検査	異常なし	異常あり
精液検査	異常なし	異常あり
⑤ 治療歴		
排卵誘発剤	なし	あり
人工授精	なし	あり
体外受精	なし	あり
顕微受精	なし	あり
TESE(*)	なし	あり

(*)TESE 精巣に精子がいるかどうかを確認する手術のこと。

3. 今までの治療の経過がありましたらご記入ください。

年 月	使用薬剤	治療内容	病院名
例) 2008年 2月	なし	タイミング	〇〇クリニック
2008年 8月	クロミッド	タイミング	〃
2008年 10月	クロミッド + HMG	人工授精	〃
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

4. 体外受精をされたことのある方は、経過をご記入ください。

年 月	使用薬剤	採卵数	受精数	胚移植数
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				
年 月				

聞きたいこと、伝えたいことなど、ご自由にお書きください。
