

診療申込書

受診日：西暦

年 月 日

カルテNo.

ふりがな		職業	生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
本人の氏名				和暦	年	月	日 (歳)
住所	〒 -						
電話番号	自宅： — —		携帯： — —				
	職場： — —		緊急連絡先： — — (続柄：)				
本人の結婚	西暦 年 月 初婚 (歳) 離婚 (歳) 再婚 (歳)						
未婚の方	彼は結婚歴はありますか？ いいえ ・ はい (お子さん 有 (人) ・ 無)						
ふりがな		職業	生年月日	年	月	日 (歳)	
ご主人の氏名			健康状態	良 ・ 否			
パートナー結婚	(歳) 初婚・再婚 (回目) お子さん 有 (人) ・ 無						
出身地	本人 ()	ご主人 ()	ご主人	身長：	cm	体重：	kg

下記の質問にお答え下さい。(記入された方は、受付にお渡し下さい。)

I. 今回の受診理由(あてはまるものに○印をつけてください。複数回答可)

①妊娠希望 ②不育症(流産が多い) ③その他() (不妊歴 年 ヶ月)

聞きたいこと・気になることがございましたら、自由にお書き下さい。

II. 家族について

家族の中で特別な病気の方がいますか。 いる ・ いない

結核 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 癌 ・ 遺伝病 ・ その他()

続柄： () () () () () ()

III. 今までかかった病気について(婦人科以外も含めて)

① 病気になったり、手術を受けたことがありますか。 有 ・ 無

・ 主な病気は 心臓疾患・甲状腺疾患・肝疾患・高血圧・糖尿病・虫垂炎・精神疾患

・ 喘息 (有 ・ 無) 小児喘息 (有 ・ 無)

・ 緑内障 (有 ・ 無)

・ 通院中の病院名：() 病名：()

・ 服用中の薬はありますか？ 無 ・ 有 (薬名：)

・ 手術は 術名： (歳) 病院名：

術名： (歳) 病院名：

② アレルギー体質ですか。 いいえ ・ はい

・ 卵 ・ 大豆 ・ ヤシ油 ・ ココナッツ ・ その他 ()

③ 今までお薬や注射で副作用(じんましん等)をおこしたことがありますか。

いいえ ・ はい (薬剤名：)

IV. 輸血を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい

宗教上の理由で輸血ができない等ありますか。 いいえ ・ はい

V. 子宮ガン検診を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい (年 月/ 異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査要)

VI. 喫煙・飲酒について

喫煙：しない ・ する (1日 本) 飲酒：しない ・ する (1週間に 日)

VII. 健康診断を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい (平成 年 月)

VIII. あなたの月経について

- ①月経周期は 順調・不順 (_____ ~ _____ 日型) ② 月経は何日ぐらい続きますか (_____ 日間)
- ③月経の量は 多い(1-2cm以上のかたまりがでる) ・ 普通 ・ 少ない
- ④月経痛は 無 ・ 有 (下腹痛 ・ 腰痛 ・ その他 _____)
- ⑤初めての月経(初経)は (_____ 歳)
- ⑥月経前に不快な症状はありますか 無 ・ 有 (頭痛・吐気嘔吐・倦怠感・気分の落ちこみ)
- ⑦最後の月経はいつですか _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間
- ⑧婦人科を受診したことはありますか? いいえ ・ はい

IX. 不妊治療について

基礎体温は測定していますか? はい・いいえ 【「はい」の場合:□アプリ(ルナルナ・それ以外) □表】

性交渉の頻度は (_____ 回/月)

今までに不妊の検査や治療を受けたことがありますか 無 ・ 有

病院名: _____ 期間: _____ 備考: _____
 病院名: _____ 期間: _____ 備考: _____
 病院名: _____ 期間: _____ 備考: _____

どのような検査や治療を受けましたか(あてはまるものに○印をつけてください。)

卵管造影(_____ 年 _____ 月 _____ 歳) (病院名: _____) □正常 □異常(右□・左□)

通水(_____ 年 _____ 月) □正常 □異常

ヒューナーテスト(性交後子宮に精子があがっているかチェックする検査) □正常 □異常

排卵誘発剤 飲み薬: □クロミッド □セキソビット □レトロゾール

注 射: □hMG注射 □hCG注射 □その他

精液検査 _____ 回 □正常 □異常

AIH(人工授精) _____ 回 (病院名: _____)

採卵 _____ 回 (病院名: _____)

胚移植 _____ 回 (体外受精: _____ 回 ・ 顕微授精: _____ 回) (病院名: _____)

腹腔鏡 _____ 年 _____ 月 _____ 歳の時(病院名: _____)

子宮鏡下卵管通水 _____ 年 _____ 月 _____ 歳の時(病院名: _____)

その他:

X. あなたの妊娠、分娩について

①妊娠したことがありますか 無 ・ 有

妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回 異所性妊娠(外妊) _____ 回

	年月日 週数 妊娠は?	経 過	病院名
1	年 月 日 自然 (_____ 歳) 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
2	年 月 日 自然 (_____ 歳) 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
3	年 月 日 自然 (_____ 歳) 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
4	年 月 日 自然 (_____ 歳) 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
5	年 月 日 自然 (_____ 歳) 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
6	年 月 日 自然 (_____ 歳) 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	