

問 診 表

記入年月日： 年 月 日

裏面にもご記入いただく欄があります。

フリガナ				フリガナ			
氏名(妻)				氏名(夫)			
生年月日 (年齢)	年	月	日(才)	生年月日 (年齢)	年	月	日(才)
血液型 (Rh)	()	身長 (体重)	cm (kg)	血液型 (Rh)	()		
職業				職業			
勤務先名				勤務先名			

1. 結婚の時期について

- 結婚 (年月： 年 月) 未入籍
 奥様 ()才 初婚 再婚【挙児の有無 あり・なし】
 ご主人 ()才 初婚 再婚【挙児の有無 あり・なし】

2. 妊娠を希望してから何年になりますか。 () 年

3. 喫煙歴について

- 奥様 なし あり(本/日) 以前喫煙【禁煙歴()年】
 ご主人 なし あり(本/日) 以前喫煙【禁煙歴()年】

4. HART クリニック受診の理由

- a. 子供が欲しい
 b. その他(詳しく記入してください) ()

5. HART クリニック受診の動機

- a. 他医の紹介による 施設名() 医師名()
 b. 新聞、雑誌で 誌名()
 c. 知人の紹介 当院患者(はい・いいえ)
 d. ホームページ
 e. その他()

6. 体外受精(顕微授精)を希望されますか

- a. はい b. いいえ c. 考慮中

7. あなたの月経について

- ① 初経は何才のときですか。 ()才のとき
 ② 月経は順調にありますか。 (順調・不順)
 ③ 月経は何日型で、何日続きますか。 ()日型で()日間続く
 ④ 月経のとき、痛みますか (はい・いいえ)
 ⑤ 月経の量は多いですか。 (多・中・少)
 ⑥ 月経の中に血塊(かたまり)がありますか。 (はい・いいえ)
 ⑦ 最近の月経はいつからはじまりましたか。 ()月()日より()日間

⇒裏面につづく

8. 妊娠・分娩について

妊娠 () 回

①出産 () 回 ②流産 () 回 ③子宮外妊娠 () 回 ④中絶 () 回

		年月	週数	経過	児の性別	児の体重	健康
妊 娠 歴	1	年 月	週	①出産 ②流産 ③子宮外妊娠 ④人工妊娠中絶	男・女	g	健・否
	2	年 月	週	①出産 ②流産 ③子宮外妊娠 ④人工妊娠中絶	男・女	g	健・否
	3	年 月	週	①出産 ②流産 ③子宮外妊娠 ④人工妊娠中絶	男・女	g	健・否

9. いままでにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

<奥様> ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)

② 主な病気は
 (病名:)は()才のとき
 (病名:)は()才のとき

③手術は
 (手術名:)は()才のとき

④アレルギー体質がありますか。 (はい・いいえ)
 ※アレルギーがある方は()にご記入ください。
 食べ物() 薬剤() その他()

<ご主人> ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)

② 主な病気・手術は
 (病名・手術名:)は()才のとき

③精液検査を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)
 施設名() 時期(年 月)

10. 今までの不妊症治療 (あり・なし)

期間 () 年

<一般不妊治療> (あり・なし)

施設名()
 指摘された原因()
 排卵誘発剤投与 (あり・なし)
 子宮卵管造影 (あり・なし) 結果()
 人工授精 (あり・なし) 回数()回

<体外受精> (あり・なし)

施設名()
 採卵回数 ()回 (最終採卵時期: 年 月)
 顕微授精 ()回
 新鮮胚移植回数 ()回 凍結胚移植回数()回 (最終移植時期: 年 月)

11. 本日、特に質問したいことをご記入ください。