

# 問診

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H / / ( 歳)

## 1、以前の妊娠、出産歴についてご記入ください

出産・流産年月日	妊娠に至った経過	出産・流産週数	妊娠経過	児の性別・体重
/ / /	自然・タイミング 人工授精・体外受精	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経陰・帝王切開) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍確認)	男・女・不明 g
/ / /	自然・タイミング 人工授精・体外受精	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経陰・帝王切開) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍確認)	男・女・不明 g
/ / /	自然・タイミング 人工授精・体外受精	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経陰・帝王切開) <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍確認)	男・女・不明 g

2、ご自身の身長 ( )cm 体重 ( )kg

3、クラミジア(おりもの)検査を1年以内にうけましたか？

はい(検査結果持参 結果なし) いいえ

4、子宮頸癌の検査を1年以内にうけましたか？

はい(検査結果持参 結果なし) いいえ

5、風疹についてお伺いします

既往歴あり 1年以内に風疹ワクチンを接種している 風疹の抗体が32倍以上ある 定かではない  
検査結果はお持ち頂いておりますか？ (検査結果持参 結果なし)

6、現時点でご希望されている治療法について教えてください

できるだけ自然妊娠希望 人工授精から開始したい 体外受精から開始したい(凍結胚移植から開始したい)

7、積極的に今回の妊娠を希望されたのはいつですか？

( )年( )月

8、現在、断乳していますか？いつから断乳されてますか？

断乳済(時期: から) 断乳予定(時期: )

9、<月経について>

① 最近の月経はいつ開始しましたか？ ( 年 月 日)

② 月経周期

月経は規則的にある 月経はくるが不規則である 月経はくるが時に不規則にある  
薬を服用しないと月経がこない その他( )

③ 月経開始から次の月経が開始するまでの時期はどれくらいですか？(注:月経の出血している期間ではありません)  
短いときは( 日)周期です。長い時は( 日)周期です。

④ 月経量はどれくらいですか？

少ない ふつう 多い かなり多い 最近減ってきた  
その他( )

⑤ 月経痛はありますか？

ない又はあっても軽度 鎮痛剤を時々使用 鎮痛剤をほぼ毎日使用  
時に救急外来を受診する その他( )

10、おりもの(帯下)が異常に多いと感じることはありますか？

ある 時にある 水のような帯下が多くある その他( )

11、不正出血(月経以外の性器出血)はありますか？

ない 排卵日付近によくある 高温期によくある 時期問わず頻繁にある

12、以前の妊娠の際甲状腺の病気を指摘されましたか？

はい いいえ

「はい」と答えられた方→現在甲状腺の病院に通院していますか？ はい いいえ

13、通院の際当クリニックのファミリールームを利用される予定ですか？(注:1歳以上からご利用頂けます)

はい いいえ

14、以前の出産後になにか変わった事、気になることがあればご記入ください。

**裏面にも問診がございます**

1. 今までに使用されたことのある薬はありますか？ → なし ・ あり

ルトラール ・ デュファストン ・ クロミッド(セロフェン) ・ セキノビット ・ フェマーラ(レトロゾール) ・ プラノパール、ソフィアなどの中用量ピル

上記以外の薬剤で使用したことのある薬剤があればご記入ください。

( )

2. 今までに薬で副作用がでたことはありますか？ → なし ・ あり

鎮痛剤(ロキソニン ・ その他 ) ・ 抗生物質(フロモックス ・ その他 )  
ビル・ホルモン剤(ソフィア ・ プラノパール ・ マーベロン ・ その他 )  
麻酔薬(歯科治療など)

注射薬(hCG ・ 排卵誘発剤 ・ その他 )

上記以外の薬剤で副作用を起こした薬剤があればご記入ください。

( )

どのような症状がでましたか。

[ 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 呼吸困難 ・ めまい ・ 気分不良 ・ ショック ・ 卵巣の腫れ

3. アレルギー症状がでたことがありますか？ → なし ・ あり

ゴム製品 ・ ラテックス ・ 造影剤(ヨード) ・ イソジン ・ 大豆 ・ 卵 ・ ピーナッツ  
アルコール または アルコール綿

上記以外の薬剤で副作用を起こした薬剤があればご記入ください。

( )

どのような症状がでましたか。

[ 掻痒感 ・ 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 呼吸困難 ・ めまい ・ 気分不良 ・ ショック

4. 現在使用している薬・サプリメントはありますか？ → なし ・ あり

ありの方は薬剤名を下記にご記入ください。

( )

服用中のサプリメントがある場合は、下記にあてはまるものに○をお付けください。

DHEA ・ メラトニン ・ カルニチン ・ 亜鉛 ・ マカ ・ アルギニン ・ コエンザイムQ10  
マルチビタミン ・ 葉酸 ・ その他( )

5. 現在医師に禁止されている薬剤はありますか？ → なし ・ あり

ありの方は薬剤名を下記にご記入ください。

( )

●以前通院されていた時から変更があればご記入ください。

ふりがな	
氏名	
現住所	〒
TEL	- -