

相談室問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏名		ご主人の氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	生年月日	昭和・平成 年 月 日
職業		職業	
住所	(〒 -)	住所	(〒 -)
携帯番号		携帯番号	
嗜好	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日(____を____杯) タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸ってた <input type="checkbox"/> 吸う(1日____本)	嗜好	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日(____を____杯) タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸ってた <input type="checkbox"/> 吸う(1日____本)
健康状態	身長 _____ cm 体重 _____ kg	健康状態	

下記質問の当てはまる項目は、にチェックを入れて下さい。

(1) 今回、どのような目的で相談室を利用されるかをお聞かせ下さい。(複数回答可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 治療がうまくいかず不安や焦りを感じている。 | <input type="checkbox"/> 周囲からのプレッシャーがある。 |
| <input type="checkbox"/> ステップアップにふみきれない。 | <input type="checkbox"/> とにかく話を聞いて欲しい。 |
| <input type="checkbox"/> 仕事との両立 | <input type="checkbox"/> 疲れた…。 |
| <input type="checkbox"/> 夫婦間の治療に対する温度差がある。 | <input type="checkbox"/> 家庭環境の相談 |
| <input type="checkbox"/> 生理がくるたびに落ち込む。 | <input type="checkbox"/> 受診するべきか…。 |
| <input type="checkbox"/> 受診したいけど、色々と不安 | |
| <input type="checkbox"/> その他 [_____] | |

(2) お預かりいたしました電話番号に、当院の名前を告げて連絡を差し上げてよろしいでしょうか？

- はい
 ↳ 留守番電話へ伝言を残してもよろしいですか？ (はい ・ いいえ)
 いいえ

(3) 相談室を何でお知りになりましたか？(複数回答可)

- 院内のポスター 当院ホームページ 診察室で
 その他(_____)

自由記載：気になること、心配なこと、医療スタッフへの要望など、ご自由に ご記入下さい。

不妊治療に関する問診

記入できる範囲で ご記入下さい

下記質問の当てはまる項目は、にチェックを入れて下さい。

(1) 当院で希望される治療 (複数回答可)

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不妊に関する検査から | <input type="checkbox"/> タイミング指導 | <input type="checkbox"/> 人工授精 |
| <input type="checkbox"/> 体外受精/顕微授精 | <input type="checkbox"/> 不育に関する検査/治療 | <input type="checkbox"/> カウンセリング |
| <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン | <input type="checkbox"/> その他 () | |

(2) 婚姻状況

- 既婚 (現在の婚姻: 年 月 歳で結婚)
- 内縁/事実婚 (____年頃～、同居: あり なし)
- 未婚 (結婚予定: 未定・ あり→ 年 月頃)
- 離婚歴がある場合 (妻・夫 前の婚姻: ____歳～____歳)

(3) 既往歴・家族歴 (ありの場合は、内容を記入して下さい)

- ・アレルギー (なし・ あり)
原因:薬剤 () 食物 () その他 ()
- ・高血圧 (なし・ あり) 服用中の薬剤名 ()
- ・糖尿病 (なし・ あり) 服用中の薬剤名 ()
- ・喘息 (なし・ あり) 服用中の薬剤名 ()
- ・その他の病歴 (なし・ あり)
____歳 病名 () 服用中の薬剤名 ()
____歳 病名 () 服用中の薬剤名 ()
- ・手術歴 (なし・ あり)
____歳 病名 () 手術名 ()
____歳 病名 () 手術名 ()

*家族歴 (2親等以内の血族について)

(糖尿病・高血圧・癌・重篤な遺伝病)の方が (いる・ いない)
その他の病気 ()

(4) 性生活・不妊期間

- ・避妊をせずに性交渉を試みた期間
____年____月 ____歳頃から (1年未満・ 1～2年未満・ 2年以上)
- ・性交渉の頻度 (週・月・年)に____回くらい・ 全くない
- ・性交渉に伴う問題点 (なし・ あり)

↳ ありの場合 (性交痛・ 勃起不全/射精困難・ 日程調整困難・ その他)

(5) 月経

- ・最終月経 ____月____日より____日間
- ・初経 ____歳
- ・月経周期 ____日～____日型 (順・ 不順)
- ・月経量 (少・ 普通・ 多) ・血のかたまりが (出ない・ 出る)
- ・月経痛 (なし・ あり) ・鎮痛薬を使用 (しない・ する:薬剤名 ())

(6) 妊娠・分娩歴 妊娠歴 (なし ・ あり)

*子宮内に胎嚢 (赤ちゃんの袋) が見えないくらいのごく初期の妊娠は化学的妊娠/化学的流産として、妊娠歴には含めません。

↳ “あり” と答えた方

- 経膈分娩 () 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 帝王切開 () 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 胎児の袋のみ () 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 胎児心拍動あり () 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 妊娠反応のみ、胎児の袋なし () 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 子宮外妊娠 () 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日 場所 (左右卵管 ・ 卵巣 ・ 腹膜)
- 中絶 () 回 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(7) 今までに行った検査 (なし ・ あり に○を付け、ありの場合は、年月・結果も記入して下さい)

基礎体温	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
月経中ホルモン検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
AMH測定	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
ヒューナーテスト	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
卵管造影検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
卵管通水検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
子宮鏡検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
腹腔鏡検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
精液検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
抗精子抗体	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
クラミジア検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
子宮癌検査 (頸部・体部)	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
不育症検査	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
風疹抗体検査	なし	あり	年	月	<input type="checkbox"/> 抗体あり ・ <input type="checkbox"/> 抗体なし →風疹予防接種は? (<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未)
甲状腺検査 (TSH、FT3、FT4)	なし	あり	年	月	
その他	なし	あり	年	月	異常: <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり

(8) どんな治療を受けましたか?

- タイミング指導 なし ・ あり (_____ 回)
- 人工授精 なし ・ あり (_____ 回)
- 排卵誘発 なし ・ あり (_____ 回) クロミッド ・ レトロゾール ・ FSH/HMG
- その他の薬物療法 なし ・ あり (_____ 回) (薬剤名 _____)
- 体外受精 なし ・ あり (_____ 回)
- 顕微授精 なし ・ あり (_____ 回)
- 手術療法 なし ・ あり (_____ 回)

医師との連携が必要な情報は、必ず患者様の了解を得てから共有します!!

ご記入有難うございます。受付にお持ち下さい。

長谷川産婦人科医院