

# 問 診 票

あかつき ART クリニック

年 月 日初診（記入しないで下さい）

カルテ No. \_\_\_\_\_（記入しないで下さい）

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日 S/H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅 TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯 TEL \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

ご勤務先 \_\_\_\_\_ ご勤務先 TEL ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☆当クリニックの勉強会に参加されたことはありますか？ はい（ 月開催） ・ ない

## I. どうなさいましたか？（あてはまる数字に○をつけてください）

1. 子供ができない（不妊）※ご希望の治療を次から選択してください。【一般不妊・AIH・ART】 2. 月経が止まった 3. 月経の異常  
4. 月経と違った出血 5. おりものが多い（ピンク・褐色・黄色・白） 6. 陰部がかゆい、痛い 7. おなかが痛い 8. 腰が痛い 9. しこり（腹部、  
陰部、乳房） 10. 尿が近い 11. 排尿のとき痛む 12. ガン検査 13. 性病の心配・検査 14. その他（ ）

## II あなたの月経について

- ①はじめて月経を見た年齢（ ）歳 （小・中・高校 \_\_\_\_\_ 年）  
②最終月経はいつでしたか、現在の生理中の方も記入してください \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間  
③月経は順調ですか はい（ ）日型 \_\_\_\_\_（月経開始日より次回開始日までの日数） ・ いいえ  
④月経は何日くらい続きますか \_\_\_\_\_（ ）に日間  
⑤月経の量はどれくらいですか \_\_\_\_\_ 多い ・ 普通 ・ 少ない  
⑥月経のとき痛みますか はい ・ いいえ  
⑦月経のとき、他にどこか悪いところはありますか はい ・ いいえ

## III あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ①セックスの経験はありますか はい・いいえ  
②結婚したのはいつですか 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
③妊娠したことはありますか はい ・ いいえ  
④妊娠したことのある方は次にお答えください  
人工妊娠中絶（ ）回（西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）  
自然流産（ ）回（西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）  
自然分娩（ ）回（西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）  
帝王切開（ ）回（西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）

## IV 今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）

- ①病気になったり手術を受けたことはありますか はい・いいえ  
②主な病気は  
（病名： \_\_\_\_\_）（ \_\_\_\_\_ ）歳するとき（病名： \_\_\_\_\_）（ \_\_\_\_\_ ）歳するとき  
③手術は  
（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ ）歳するとき（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ ）歳するとき

- ④ぜんそくにかかったことはありますか                    はい ・ いいえ
- ⑤輸血を受けたことがありますか                    はい・いいえ
- ⑥B型、C型肝炎の検査で陽性になったことはありますか                    はい・いいえ
- ⑦今まで薬や注射で副作用（アレルギー）を起こしたことはありますか                    はい ・ いいえ
- 『はい』と答えた方は、薬の名前、種類をお書きください（                    ）

**V ご家族の中に何か特別な病気の方がいますか**

いる（遺伝病、高血圧症、糖尿病、がん、その他（                    ））・いない

VI あなたの身長（                    ）cm      体重（                    ）kg      血液型（                    型                    RH                    ）

**以下、これまで他院で不妊検査・治療を受けた経験がある方のみご記入ください。**

**1. 卵管造影検査（または通水検査）を受けたことがありますか                    はい ・ いいえ**

『はい』と答えた方は、検査結果について記入してください。

右（正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他（                    ））・左（正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他（                    ））

**2. ご主人の精液検査を受けたことがありますか                    はい・いいえ**

『はい』と答えた方は、検査結果（一番良好なデータ）について記入してください

精液量                    （                    ）ml      濃度（                    ）万/ml      運動率（                    ）%      奇形率（                    ）%      （正常・異常）

**3. ヒューナーテスト（性交後検査）を受けたことがありますか                    はい・いいえ**

『はい』と答えた方は、検査結果（一番良好なデータ）について記入してください（良好・やや不良・不良・その他（                    ））

**4. タイミング療法を受けたことがありますか                    はい・いいえ**

『はい』と答えた方は、回数等について記入してください。

自然周期によるタイミング（                    ）回      最終施行日（西暦                    年                    月                    日）

卵巣刺激周期によるタイミング（                    ）回      最終に施行した日（西暦                    年                    月                    日）

**5. 人工授精を受けたことがありますか                    はい ・ いいえ**

『はい』と答えた方、回数等について記入してください。

自然周期による人工授精（                    ）回      最終に施行した日（西暦                    年                    月                    日）

卵巣刺激周期による人工授精（                    ）回      最終に施行した日（西暦                    年                    月                    日）

**6. 当クリニックをどうやって知りましたか**

[                    ]

**☆あなたのご主人について**

ふりがな \_\_\_\_\_

①お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日                    S/H                    年                    月                    日                    年齢                    歳

②ご住所 \_\_\_\_\_

③ご職業 \_\_\_\_\_                    ④ご主人の携帯 TEL \_\_\_\_\_

⑤健康ですか                    はい                    ・                    いいえ

⑥今までにかかった病気は                    （                    ）                    （                    ）

**※お名前、住所、電話番号、住所は必ずご記入願います**

尚、頂いた個人情報は当院で管理し、当院の治療目的以外、使用致しません。

ご記入ありがとうございました。

お名前 \_\_\_\_\_

カルテNo. \_\_\_\_\_ (記入しないでください)