

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)