

# 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： \_\_\_\_\_）（ \_\_\_\_\_ ）歳のとき（病名： \_\_\_\_\_）（ \_\_\_\_\_ ）歳のとき  
③手術は  
（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ ）歳のとき（ \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ ）歳のとき

