

不妊外来問診票

20 年 月 日

ID

あてはまるところを記入または○で囲んでください

ご主人 ID

	氏名	生年月日・年齢	職業	身長・体重
ふりがな		年 月 日		
あなた		歳		cm kg
ふりがな		年 月 日		
ご主人		歳		cm kg

結婚は、いつですか 年 月

子供を欲しいと思ってから何年何ヶ月たっていますか 年 ヶ月

性生活は月に何回くらいありますか 約 回

性交がうまくいかないことがありますか はい（毎回・時々）・いいえ

現在の結婚は初婚ですか再婚ですか 【あなた:初婚・再婚】 再婚の場合 【あなた:有・無】 子供の（歳）
 【ご主人:初婚・再婚】 以前のの子供 【ご主人:有・無】 年齢（歳）

今まで産婦人科を受診した事がありますか はい・いいえ
 “はい”の方はその理由（ ）

今まで手術をうけたことがありますか(婦人科以外も含めて) はい・いいえ
 “はい”の方はその理由（ ）

今までかかったことのある病気についてお答えください(あてはまるものを○で囲む)
 ①心疾患 ②腎疾患 ③肝疾患 ④糖尿病 ⑤甲状腺疾患 ⑥自己免疫疾患 ⑦喘息
 ⑧神経疾患 ⑨耳下腺炎 ⑩風疹 ⑪虫垂炎 ⑫性病 ⑬その他()

現在、常用している薬はありますか はい・いいえ
 “はい”の方はどのような薬ですか。分かれば名前もお書き下さい。()

薬物アレルギーはありますか はい・いいえ
 “はい”の方はどのような薬ですか。分かれば名前もお書き下さい。()

その他のアレルギーはありますか はい・いいえ
 “はい”の方はどのようなアレルギーですか。()

タバコを吸いますか * 妊娠希望の方は禁煙していただいています はい・いいえ
 “はい”の場合 (1日 本)

お酒は飲みますか はい・いいえ
 “はい”の場合 (1日 を 本)

家族歴について

家族や親戚のなかで今まで病気にかかった人はいますか
 “はい”の方は誰がどのような病気にかかりましたか 誰が: ()

- ①心疾患 ②腎疾患 ③肝疾患 ④糖尿病 ⑤甲状腺疾患 ⑥自己免疫疾患 ⑦喘息
 ⑧神経疾患 ⑨その他()

初めて月経があったのは何歳のときですか 歳のとき

