

神戸アドベンチスト病院生殖医療科 問診票 女性用

不妊症を治療するためには、原因を調べ、それぞれの原因に応じた検査・治療を行うことが妊娠への近道と考えます。沢山の質問がありますが、これらの質問は原因を調べる上での重要な手がかりとなります。プライバシーは遵守されますのでご心配なく、正しくお答えください。

ご記入に際してわからないことがある場合は受診時、生殖医療科職員にご質問ください。

問診記入日 年 月 日

奥様 氏名 () 生年月日 (19 年 月 日) 年齢 () 才
身長 () cm 体重 () kg 本日の血圧 (/) 脈拍 ()
緊急連絡先 自宅: - - 携帯: - -

病院からの電話連絡は、 可 (病院名を名乗っても良い・スタッフの個人名のみ可)

連絡不可

住所: _____

御主人 氏名 () 生年月日 (19 年 月 日) 年齢 () 才
身長 () cm 体重 () kg
緊急連絡先 自宅: - - 携帯: - -

住所: _____ (奥様と同居の場合は記入不要です)

結婚・性生活について教えてください。

結婚 (年 月 日) 結婚期間 (年 ヶ月) (初婚 ・ 再婚)

結婚後避妊してきた期間はありますか? (なし ・ あり)

ありの場合、その期間 (年 月頃～ 年 月頃) その理由 ()

妊娠を考えたのはいつからですか? (年 月) 頃から

不妊期間: (年 ヶ月) 位

※子供さんがいらっしゃる方は次のお子さんが欲しいと考え始めた時期をお答えください

性生活は1ヶ月に何回位ですか? (回位)

性交時に痛みはありますか? (あり ・ なし)

妊娠歴：妊娠・出産について教えてください。

今まで妊娠したことがありますか? (あり ・ なし)

妊娠 () 回 ・ 分娩 () 回 ・ 早産 () 回 ・ 死産 () 回

出産年月日 (年 月 / 年 月 / 年 月)

お子様のご病気の有無 (有 ・ 無)

自然流産 () 回 (年 月) 頃

人工妊娠中絶 () 回 (年 月) 頃

その他何か特記事項があればお書きください ()

月経について教えてください。

初めて月経があったのは何歳ですか？ 初経（ ）才
 3ヶ月以上月経が無かったこと（無月経）がありますか？（あり ・ なし）
 最近1年の月経周期（月経が始まってから次の月経までの日数）は規則的ですか？（はい ・ いいえ）
 月経周期は何日位ですか？（例 短い時 26日～長い時 35日）
 短い時（ ）日 ～ 長い時（ ）日
 月経の出血は何日続きますか？（ ）日 ～ （ ）日
 月経の出血量を教えてください 多い（血の塊が出る） ・ 多い（血の塊は出ない） ・ 中等量 ・ 少量
 月経直前・月経中に症状はありますか？（あり ・ なし）
 ありの場合その症状（下腹部痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 下痢 ・ その他（ ））
 鎮痛剤を服用しますか？ いいえ ・ はい（お薬の名前 ）
 一番最近、月経があったのはいつですか（ ）年（ ）月（ ）日から開始）
 基礎体温は計測していますか （ はい ・ いいえ ）

これまでにかかった病気やアレルギーについて教えてください。

喘息と言われたことはありますか？（はい ・ いいえ）
 はいの場合：一番最近の発作はいつですか？（ ）年（ ）月頃）
 今まで妊娠と関係なく乳汁が出たことがありますか？（ はい ・ いいえ ・ わからない ）
 甲状腺の病気を指摘されたことはありますか？（ はい ・ いいえ ・ わからない ）
 過去に風疹にかかったことはありますか？（ はい ・ いいえ ・ わからない ）
 過去に風疹抗体検査をしたことはありますか？（ はい ・ いいえ ・ わからない ）
 はいの方は、結果はどうでしたか？（ ）年（ ）月）結果（ ）
 今まで心療内科・精神科に通院されたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
 はいの場合：一番最近受診されたのはいつですか？（ ）年（ ）月頃
 常用薬はありますか？（なし ・ あり（薬剤名： ））
 薬物のアレルギーはありますか？（なし ・ あり（内容： ））
 食物のアレルギーはありますか？（なし ・ あり（内容： ））
 その他アレルギーはありますか？（なし ・ あり（内容： ））
 タバコを吸いますか？（ いいえ ・ はい（ ）本 / 日 ）
 今まで開腹手術・腹腔鏡下手術を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
 はいの場合：病名（ ）
 手術名（ ）
 今まで大きな病気にかかられたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）
 はいの場合：病名（ ）

ご主人について以下ご記入ください。

ご職業は何ですか？ ()

タバコを吸いますか？ (いいえ ・ はい) はいの場合 (1日 約 本・ 歳から)

過去に風疹にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

過去に風疹抗体検査をしたことはありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

はいの方は、結果はどうでしたか？ (年 月) 結果 ()

現在何か病気にかかっていますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

はいの場合、病名 ()

現在何かお薬を飲まれていますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

はいの場合、薬剤名 ()

過去に何か病気にかかられたことがありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

はいの場合 病名→ 高血圧 ・糖尿病 ・性病 ・睾丸炎 ・耳下腺炎 ・他 ()

今までに心療内科・精神科に通院したことはありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

はいの場合、病名は何ですか ()

他院で精液検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの場合、結果は？ (正常 ・ 異常 (内容:))

性交時、何か不都合はありますか？ (いいえ ・ はい)

はいの場合、内容 ()

ご夫婦のご家族・ご親戚の病気についてお聞きします。

家族や親戚の方で何か大きな病気にかかられた方がいますか？ (はい ・ いいえ)

はいの場合、誰がどのような病気になりましたか？

誰が ()

病名 (子宮筋腫・糖尿病・高血圧・結核・性病・肝炎・癌 ())

その他 ()

家族や親戚の方で遺伝的疾患や奇形を持った方がいらっしゃいますか？

(い いいえ ・ はい (病名))

今までの不妊検査・治療について教えてください。

今まで産婦人科を受診したことがありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの場合受診理由 ()

産婦人科で内診を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

子宮頸がん検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

はいの場合 検査時期 (年 月頃) ・ 検査結果 (異常なし ・ 異常あり)

異常ありの場合 病院名 ()

その後定期的に検査を受けていますか？（はい ・ いいえ）

過去に不妊治療のためにどちらかの病院・クリニックを受診されましたか？

いいえ ・ はい →はいの方 病院名（ ）

受けられた検査内容について簡単にお書きください。

また検査で何か異常を指摘された場合は担当医からどのような説明を受けられたか教えてください。

〔 〕

どのような治療を受けられていたか、簡単にお書きください

〔 〕

奥様のお仕事や通院に関して教えてください。

現在お仕事をされていますか？（はい ・ いいえ（主婦））

はいの場合 何をされていますか？（ ）

勤務（夜勤有 ・ 夜勤無） ・ パート ・ アルバイト ・ 自営

その他（ ）

当院まで通院にかかる時間と通院手段を教えてください。

（お家・職場から） 通院手段：（車・電車・徒歩・他） 所要時間 約（ ）分

あなたの来院しやすい日を教えてください。 ※×印は生殖医療科休診時間です

（受診しやすい曜日時間帯を丸印で囲んでください）

	日	月	火	水	木	金	土
9:30～11:30	○	○	○	○	○	○	×
14:00～16:30	○	○	○	○	×	×	×

当院受診のきっかけを教えてください。

友人・知人の紹介

医師からの紹介 紹介状（有 ・ 無 ）病院名（ ） ・ 先生）

ホームページを見て

地域情報誌を見て

その他（ ）

気になることや質問があればお書きください。

〔 〕

沢山ご記入ありがとうございました。

上記問診票にお書きいただいた内容以外で、何かお伝えしておきたいことやご質問がある場合は、診察室にお入りになられてから担当医師にお話ください。

ホルモン製剤問診票

生殖医療科では、必要に応じてホルモン製剤を処方させていただくことがあります。多くのホルモン製剤は安全に服用していただけるお薬ですが、一部のホルモン剤は稀に血栓症、過敏症、乳房痛などの副作用が起きる可能性があります。また乳がんや子宮内膜癌などの既往歴がある方は使用することができないホルモン剤もあります。

安全に治療を開始するために、以下の問診票に必要事項をご記入ください。また治療開始後に処方されたお薬についてご不安が生じた場合には、必ずその都度担当医もしくは薬剤師にご相談ください。

記入日：西暦 年 月 日

氏名： 年齢 歳

- 原因不明の不正性器出血があったことがありますか はい いいえ
- ご家族に乳がんにかかったことのある方がいますか はい いいえ
- ご家族に血栓症にかかったことのある方がいますか はい いいえ
- ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？ はい いいえ
「はい」の場合 それはどんな症状ですか？（_____）
- 激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか はい いいえ
「はい」の場合 前兆を伴わない 前兆（目がチカチカする等）を伴う
- 今までに入院や手術を要する大きな病気にかかったことがありますか？ はい いいえ
- 「はい」の場合 それは何の病気ですか？（_____）
- 喫煙されていますか はい いいえ
「はい」の場合 1日 ____ 本
- 現在サプリメントやお薬を服用されていますか はい いいえ
「はい」の場合 それは何のお薬ですか？（_____）
- 今までにピルを服用したことはありますか はい いいえ
「はい」の場合 それは何のお薬ですか？（_____）
- 今までお薬を使用しアレルギー症状（じんま疹等）が出たことはありますか はい いいえ
「はい」の場合 それは何というお薬ですか？（_____）
- 流産を2回以上繰り返したことがありますか はい いいえ
- 以下の病気と言われたことはありますか はい いいえ
 - 深部静脈血栓症 肺塞栓症 抗リン脂質抗体症候群 肝障害
 - 脳血管障害 冠動脈疾患 心臓弁膜症 高血圧 糖尿病
 - 脂質代謝異常（高脂血症） 胆嚢疾患 子宮頸癌 子宮体癌
 - 耳硬化症 ポルフィン血症 てんかん テタニー クローン病
 - 全身性エリテマトーデス（SLE） 乳がん 片頭痛 潰瘍性大腸炎
- このお薬について何かご質問がある場合は以下ご記入ください
(_____)