

西川 **婦人科** **内科** クリニック

各種問診表、アンケートもご記入下さい

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住所	(〒 -)	府 市 町 県 郡 村	利用交通 機関自宅 最寄駅 ()
自宅TEL		携帯TEL	
勤務先名		勤務先☎	
診療内容 該当にチェック して下さい	<input type="checkbox"/> 挙児希望 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 流産・不育症 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> AID <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> AMH <input type="checkbox"/> レイストック <input type="checkbox"/> プライダルチェック <input type="checkbox"/> 健診 (<input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> その他 (会社名:)) <input type="checkbox"/> 一般婦人科 <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 筋腫・内膜症 <input type="checkbox"/> おりもの・膣炎 <input type="checkbox"/> 生理日変更 <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 妊娠判定		
当クリニックを 知ったのは (複数回答可)	知人・医療機関よりの紹介 (施設名:) 本/雑誌/新聞 (著書・他書籍:) テレビ/ラジオ (番組名:) 電話帳・看板・Web (パソコン・携帯) の (当院HP・他:)		
フリガナ		性別	男性 ・ 女性
ご主人様 パートナー 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
		携帯☎	
勤務先名		勤務先☎	

西川 **婦人科** クリニック **内科**

新患問診票

身長 _____ cm

体重 _____ kg

年齢 満 _____ 歳

フリガナ
ご氏名 _____

1) 本日はどのようなことで、ご来院されましたか

(_____)

※上記について、他院にて検査・治療歴等ございましたら、下記に具体的にお書きください。

(尚、お子様をご希望の方は別紙の『不妊アンケート』にご記入ください)

(_____)

2) 月経は順調ですか。各項目を○囲み又は記入ください

- ① 順調 ・ 不順 (月経周期 _____ 日型)
- ② 最終月経はいつでしたか。(いつもより少量の方は、前回の月経日を記入)
年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間
- ③ 月経痛 有 無 ④初潮 _____ 歳 ⑤閉経 _____ 歳

3) 過去に大きな病気、手術等の既往がありましたらご記入ください。(有 無)

例：子宮筋腫 虫垂炎 など

(_____)

4) アレルギーのある方はご記入ください。(有 無)

喘息 鼻炎 花粉症 蕁麻疹 アレルギー性皮膚炎 その他 (_____)
【薬品名 _____ 】 【食べ物 _____ 】

5) 感染症はありますか (有 無) 例：梅毒、結核、肝炎など (_____)

6) 今までにセックス経験はありますか。(有 無)

7) 結婚されていますか。未婚 既婚 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 結婚・再婚)

8) 妊娠の経験はありますか。(有 無)

①分娩は何回ですか。

正常分娩 _____ 回 (_____ 年 _____ 月) (_____ 年 _____ 月)

帝王切開 _____ 回 (_____ 年 _____ 月) (_____ 年 _____ 月)

理由： _____

②流産(自然) _____ 回 (_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)

(_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)

③人工妊娠中絶 _____ 回 (_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)

(_____ 年 _____ 月/妊娠 _____ 週)

9) ご兄弟、ご家族の方に以下のご病気はありますか。(有 無)

高血圧(続柄： _____) 糖尿病(続柄： _____) 癌 (_____) (続柄： _____)

脳卒中(続柄： _____) 肝炎(続柄： _____) その他 (_____) (続柄： _____)

10) その他にご相談されたいことがございましたら、ご記入ください。

(_____)

ご氏名 _____

1) 当クリニックでの診療につきまして、ご希望されていることがありましたら、
 にチェックをいれてお答えください。（複数回答可です）

不妊症検査のみを受けたい。

不妊症検査と治療を受けたい

人工授精を希望している

ART（ 体外受精 顕微授精 ）を希望している

男性不妊の治療をしてほしい。（ 精子の治療 勃起不全の治療 ）

流産・不育症の原因を調べて、予防・管理をしてほしい

その他（ _____ ）

2) 過去・現在の不妊検査・治療歴（注射、薬、人工授精、体外受精等）を
具体的に年月、期間、病院名、その内容を書いてください

妻（有・無）

不妊症検査（ 年 月 ～ 年 月 ）（ _____ 病院） 《詳細》
不妊症検査（ 年 月 ～ 年 月 ）（ _____ 病院） <input type="checkbox"/> 注射・薬剤治療 <input type="checkbox"/> タイミング法（ _____ 回） <input type="checkbox"/> 人工授精（ _____ 回） <input type="checkbox"/> 体外受精（ _____ 回） <input type="checkbox"/> 顕微授精（ _____ 回）

夫（有・無）

不妊症検査（ 年 月 ～ 年 月 ）（ _____ 病院） <input type="checkbox"/> 精液検査（ _____ ） <input type="checkbox"/> 精巣生検（ _____ ）
--

3) 避妊期間 有・無（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）

4) 夫婦生活（性生活）回数（ 週 ・ 月 _____ 回）