

記入日 平成 年 月 日

予診票（赤ちゃんご希望治療・女性用）

この予診票および問診により取得した個人情報、厳正に守秘し診療目的以外には使用することはありません。

ふりがな		生年月日 年 月 日 生れ 歳
氏名		年 月 日 生れ 歳
住所	(〒 -) 県 市・町・村	ご職業

- ・初潮の年齢はいつですか 歳
- ・ご結婚されたのはいつですか 平成 年 月 日 ・避妊されてた期間はありますか はい（期間 年くらい）・いいえ
- ・現在まで、不妊症で専門の病院を受診しましたか？ はい（通院期間 年 月～ 年 月）・いいえ
- ・現在も通院中ですか はい・いいえ（中断している・通院をやめた・転院を考えている・当分は受診しないつもり）

これまでの治療歴についてお尋ねします（通院・治療歴の無い方は省略してください）

- ・受診した医療機関名（ ）
- ・超音波検査 なし・実施→異常なし・異常あり（ ）
- ・クラミジア感染症 なし・実施→異常なし・異常あり（ ）
- ・血液検査 なし・実施→異常なし・異常あり（ ）
（※検査項目 ）
- ・フーナーテスト（性交後検査） なし・実施→異常なし・異常あり（ ）
- ・子宮卵管造影検査 なし・実施→異常なし・異常あり（ ）
- ・通気検査・通水検査 なし・実施→異常なし・異常あり（ ）
- ・タイミング療法 なし・実施→時期や回数（ ）
- ・人工授精 なし・実施→時期や回数（ ）
- ・体外受精・顕微授精 なし・実施→時期や回数（ ）
- ・その他（ ）

過去の妊娠歴についてお尋ねします

- ・今まで妊娠したことはありますか はい・いいえ

「はい」とお答えの方は、下記にその経過をご記入ください。

年齢	妊娠の経過（該当欄に○）					産後の経過（該当欄に○）	
	正常	流産	中絶	子宮外妊娠	その他	正常	異常

現在のお体の状態についてお尋ねします

- ・月経は周期的に来潮しますか はい・いいえ (周期 _____ 日～ _____ 日)
- ・時に月経の遅れが1～2ヶ月になることはありますか なし・あり
- ・経血量は 多い・血のかたまりが出る・以前より多くなった・ふつう・少ない・以前より少なくなった
- ・月経時以外に、出血や赤い色の付いたおりものはありますか なし・時々ある・頻繁にある・常にある
- ・痛み止めを使用することがありますか なし・はい (薬の名前 _____)
- ・月経時に、生理痛以外に体の苦痛などの異常はありますか なし・あり
「あり」の場合、その症状は (_____)
- ・月経の数日前から、お体に苦痛などの異常はありますか なし・あり
「あり」の場合、その症状は (_____)
- ・月経中、または前後に精神的に 気分が落ち込む・うつ状態になる・イライラする・攻撃的になる・特に異常はない
- ・乳汁が出ることはありますか なし・あり
- ・足や腰、お腹に冷えを感じますか なし・あり
- ・ストレスを感じますか はい・いいえ ※「はい」の場合、具体的な内容について差し支えない範囲で下の欄にご記入ください
(_____)
- ・ご家族、ご親戚の方に糖尿病の方は いない・いる
- ・ニキビ、吹き出物が出ることは ない・時々ある・頻繁にある・常にある

ライフスタイルについてお尋ねします

- ・お酒を 飲む (週に _____ 回、種類: _____、量は1回あたり _____) ・ごく少量・飲まない
- ・タバコは 吸わない・吸う (1日 _____ 本、喫煙歴 _____ 年)
- ・就寝時刻 (_____) ・起床時刻 (_____)
- ・睡眠について 十分・時々不足・常に不足

ご夫婦間についてお尋ねします

- ・お子様を望んでいらっしゃるの (複数回答可能) 妻 ・ 夫 ・ 他 (_____)
- ・1ヶ月あたりの性交渉の回数は 概ね _____ 回・ほとんどない
- ・性交渉が痛みやそのほかの理由で辛いと感じますか はい・いいえ
「はい」とお答えの場合、差し支えない範囲で理由をご記入ください
(_____)

ご主人についてお尋ねします

- ・年齢 _____ 歳 ・身長 _____ cm ・体重 _____ kg ・ご職業 _____ ・血液型 _____ 型
- ・精液検査を受けたことがありますか はい・いいえ (※「はい」の場合は検査結果をご持参ください)
- ・そけいヘルニアの手術経験はありますか はい・いいえ
- ・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) にかかったことがありますか はい (_____ 歳)・いいえ
- ・お酒を 飲む (週に _____ 回、種類: _____、量は1回あたり _____) ・ごく少量・飲まない
- ・タバコは 吸う (1日 _____ 本、喫煙歴 _____ 年)・吸わない

ご懐妊、ご出産を目指してどのような治療をお望みでしょうか

- ・自然妊娠をしたい ・人工授精の成功率を上げたい ・体外受精の成功率を上げたい
- ・流産の予防をしたい ・安産を目指したい
- ・その他 (_____)

当院での治療に際して、ご意見やご要望があればお書きください

.....

.....

.....

.....

当院にご来院されるにあたって、ご紹介者様がいらっしゃればご記入ください。(_____ 様)