

問診表

年 月 日初診

フリガナ

氏 名 :

生年月日 : S・H 年 月 日 歳

フリガナ

ご主人名 :

生年月日 : S・H 年 月 日 歳

職 業 : 夫 (

) 妻 (

住 所 : 〒

電話番号 :

FAX 番号(電話番号と同じ場合は不要) :

携 帯 TEL :

☆不明な項目については空欄のままご提出下さい

結婚年齢 : 妻 歳

結婚後の避妊期間 : ある (年 月 ~ 年 月まで) ・ ない

来院の理由

①子供が欲しい ②その他 ()

月経について

1. 初潮 : 歳 2. 月経周期 : 順調 日型 ・ 不順 ・ 無月経

3. 一番最近の月経はいつ頃ですか? : 月 日から 日間

健康状態について

1. 身長 : cm 体重 kg 血液型 型 Rh ()

2. 妊娠したことはありますか? : ない ・ ある

※あると答えた方は3~5の質問にお答え下さい。

3. 出産されたことはありますか? : ない ・ ある

出産歴 : 年 月 歳 (正常分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ())

4. 流産されたことはありますか? : ない ・ ある 回 (歳) ・ 中絶 回 (歳)

5. 子宮外妊娠されたことはありますか? : ない ・ ある (歳)

6. 今までにかかった主な病気 :

妻 [] 夫 []

7. 薬剤アレルギーはありますか? : ない ・ ある (薬剤名 :)

8. 常用薬はありますか? : ない ・ ある (薬剤名 :)

9. 喘息にかかったことはありますか? : ない ・ ある

今までの不妊検査・治療について

1. 基礎体温をつけているか : つけている ・ つけていない ・ 過去につけていたことがある

2. 今までに不妊に関して他の病院を受診したことがありますか? : ない ・ ある

※あると答えた方は3~4の質問にお答え下さい。

3. 受診されていた病院名と期間、行った治療についてお書きください

[]

4. 以下の検査で受けた事のあるものに○をつけてください。

ホルモン検査・卵管の検査・ヒューナーテスト(性交渉後試験)

腹腔鏡検査・子宮鏡検査・精液検査



うつみやす子 レディース
クリニック