

# 不妊外来問診票(奥様用)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以下の質問事項は治療をするために必要な事項です。  
この内容に関するプライバシーは尊重されます。  
分かる範囲でお答えください、

血圧( / )  
体重( )kg  
脈拍( )

御主人氏名( )年齢( 歳) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

奥様氏名 ( )年齢( 歳) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎緊急連絡先電話番号 (自宅番号) \_\_\_\_\_ (携帯番号) \_\_\_\_\_

◎クリニックからの電話は … [スタッフの個人名のみ可・病院名可・自宅へ電話連絡可]

◎結婚はされていますか? …………… [はい・婚約中・内縁・独身]

上記で「はい」の方へお聞きします

◎結婚されたのはいつですか? …………… [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日]

◎結婚後何年何ヶ月経ってますか? …………… [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月]

◎現在の結婚は初婚ですか?再婚ですか? …………… [初婚・再婚]

◎今まで産科もしくは婦人科を受診したことがありますか? …………… [はい・いいえ]

◎今まで不妊治療を受けたことがありますか? …………… [はい・いいえ]

<月経についてお聞きします>

◎月経持続日数(出血がからまでの日数)は、何日くらいですか? [ \_\_\_\_\_ 日間]

◎月経時に何か症状はありますか? …………… [はい・いいえ]

「はい」の場合 : その症状は? [ \_\_\_\_\_ ]

◎月経時に血の塊を認めますか? …………… [ある・時々ある・なし]

◎無月経の期間が3ヶ月以上続いたことはありますか? …………… [ある・なし]

◎タバコを吸いますか? …………… [はい(1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 歳から)・いいえ]

◎貧血と診断を受けたことはありますか? …………… [なし・ある]

◎甲状腺ホルモンに異常があると言われたことがありますか? …………… [なし・ある]

◎ご家族(お母様・姉妹など)に婦人科系の病気をされた方は居ますか? [なし・ある( \_\_\_\_\_ )]

◎ご家族(お母様・姉妹など)に甲状腺系の病気をされた方は居ますか? …………… [なし・ある]

◎喘息にかかったことはありますか? …………… [なし・ある]

◎ここ半年間の1ヶ月あたりの性生活平均回数は何回くらいですか? …………… [約 \_\_\_\_\_ 回]

◎性交時に痛みはありますか? …………… [なし・ある]

◎今までに心療内科・精神科に通院したことがありますか? [なし・ある( \_\_\_\_\_ )]

◎何か夫婦生活(性生活)に支障をきたすような原因はありますか?

◎何か治療面での質問事項があればお書きください

ご記入ありがとうございました。

かとうレディースクリニック