



HANABUSA WOMEN'S CLINIC
英ウィメンズクリニック

初診患者様用問診票

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この問診票は私どもが皆さまの診療をより良いものにするために大変参考になります。
診療時には主治医が再度詳しくお話を伺いますが、待ち時間などをご利用になって、
ご自分で大切と思われるところに、おわかりになる範囲でご記入くださればありがたく
存じます。

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 (満) _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg ご職業 _____ 紹介者 _____

ご住所 〒 _____

連絡先電話番号 (ご自宅) _____ (携帯電話) _____

クリニックからのお電話は (個人名で・病院名で) 可能なお時間 (_____) 留守録 (OK・NG)

1) 今日どのようなことでおいでになりましたか。(あてはまる項目に○をつけて下さい)

- | | | |
|-----------------|-------------------|-----------------|
| 1. 不妊の相談 | 8. 更年期障害 | 12. 子宮筋腫といわれた |
| 2. 不育症・習慣流産の相談 | (不眠・肩こり・のぼせ・いらいら) | 13. 腰が痛い |
| 3. おなか痛い | 9. 避妊の相談 | 14. 卵巣がはれていると |
| 4. 癌検診 (子宮癌・乳癌) | 10. 緊急避妊ピルの相談 | いわれた |
| 5. 出血があった | 11. 妊娠しているかどうか | 15. 月経不順 |
| 6. 陰部が (かゆい・痛い) | *妊娠の場合 | 16. 月経困難症 (生理痛) |
| 7. おりものが多い | (分娩希望・中絶希望) | 17. その他 |

2) 月経について (_____)

(1) 初めての月経は _____ 歳

(2) 月経周期一月経が始まった日から次の月経が始まるまで

順調・ほぼ順調 (_____ 日間)

不順 (短い時 _____ 日間、長い時 _____ 日間)

(3) 月経期間一月経が始まった日から終わるまで (_____ 日間)

(4) 月経の量は 多い・普通・少ない

(5) 月経に伴って以下の症状がありますか 頭痛・下腹部痛・腰痛：痛み止めを使用しますか (はい・いいえ)

(6) 最近の月経は _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 日間

(7) その前の月経は _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 日間

(8) 閉経の年齢は _____ 歳

3) 結婚・妊娠について

(1) 結婚していますか はい (当時 _____ 歳) ・ いいえ 結婚年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

(2) 離婚なさいましたか はい (当時 _____ 歳) ・ いいえ

(3) セックスの経験はありますか はい・いいえ

(4) 妊娠されたことがありますか はい・いいえ

① _____ 歳 (中絶・流産・分娩) _____ ヶ月 (男・女 _____ g)

② _____ 歳 (中絶・流産・分娩) _____ ヶ月 (男・女 _____ g)

③ _____ 歳 (中絶・流産・分娩) _____ ヶ月 (男・女 _____ g)

4) 他の病院で診てもらったことがありますか。 ある ない

● 「ある」の場合、その病院でどのような説明を受けましたか。

.....

.....

(_____ 病院 _____ 科)

5) 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか。 いる いない

● 「いる」の場合、薬の名前がわかりますか。

.....

.....

6) これまでに薬などでアレルギー等の副作用を経験したことがありますか。 ある ない

● 「ある」の場合、どのような症状でしたか。

.....

.....

7) 今までに大きな病気をしたことや、手術を受けたことがありますか。 ある ない

● 「ある」の場合、いつどんな病気や手術でしたか。

.....

.....

裏面もご参照下さい。

初診問診票-090526-R (A)



HANABUSA WOMEN'S CLINIC
英ウィメンズクリニック

不妊相談に○をつけられた方へ

*お分かりになる範囲で結構ですので、ご記入頂けましたら幸いです。

- ・避妊せず、妊娠が可能であった期間はどのくらいですか？ 年 月
- ・不妊の検査、治療を受けられたことがありますか。 ある・なし

*あるに○をつけられた方へ

・施行されたことのある検査・治療にチェックをお願い致します。

- ホルモン検査 (異常あり・なし) タイミング合わせ (回)
- 卵管造影 (異常あり・なし) 人工授精 (回)
- 精液検査 (異常あり・なし) 体外受精 (回)
- 子宮鏡検査 (異常あり・なし) 顕微授精 (回)
- クラミジア検査 (異常あり・なし)

*体外受精・顕微授精に○をつけられた方へ

・過去の治療についてお分かりになる範囲で結構ですのでご記入をお願い致します。

		卵巣刺激 (排卵誘発) 方法	受精の方法	とれた 卵子数	受精した 卵数	移植 胚数	移植方法
1回目	平成 年 月	ショート法 ロング法 アンタゴニスト 自然・クロミッド その他 ()	体外受精 顕微授精				初期胚 胚盤胞 2step
2回目	平成 年 月	ショート法 ロング法 アンタゴニスト 自然・クロミッド その他 ()	体外受精 顕微授精				初期胚 胚盤胞 2step
3回目	平成 年 月	ショート法 ロング法 アンタゴニスト 自然・クロミッド その他 ()	体外受精 顕微授精				初期胚 胚盤胞 2step
4回目	平成 年 月	ショート法 ロング法 アンタゴニスト 自然・クロミッド その他 ()	体外受精 顕微授精				初期胚 胚盤胞 2step

余白はご自由にご利用下さい。

初診問診票-090526-R (A)