

メディカルパーク入間 妊娠希望問診表

診察日 年 月 日

あなたの診察を正しく行わせていただくために、基本情報及び問診の1～6についてお答えください。

ふりがな

基本情報 氏名

連絡先 ① ②

生年月日 西暦 年 月 日

ご住所(〒 )

当てはまるものに☑チェックをお願いします

- 結婚 ☐既婚 ☐未婚 ☐事実婚 ☐結婚予定 離婚 ☐なし ☐あり
身長 cm 体重 kg (妊娠前 kg) ※BMI (当院で計算して記載します)
喫煙 ☐吸わない ☐吸う(1日 本 年間) ☐禁煙中( 歳から)
飲酒 ☐飲まない ☐飲む( くらい) ☐禁酒中

アレルギー ☐なし ☐あり [あり]と答えた方は詳しくお書きください

- (1)薬品 ☐なし ☐あり( ) (2)食品 ☐なし ☐あり( )
(3)消毒にアルコールを使用すると発赤あり ☐なし ☐あり
(4)ラテックス(天然ゴム)アレルギーあり ☐なし ☐あり
(5)造影剤でアレルギー症状がでたことがある ☐なし ☐あり (6)その他( )

既往歴 これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか ☐なし ☐あり

※お薬手帳お持ちの方はご持参ください。

- (1) 高血圧⇒ ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察
(2) 糖尿病⇒ ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察
(3) 高コレステロール血症⇒ ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察
(4) 喘息⇒ ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察
(5) パセドウ病⇒ ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察
(6) 橋本病⇒ ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察
(7) 脳の病気 ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察 ☐その他
(8) 心臓の病気 ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察 ☐その他
(9) メンタルの病気 ☐治療中 ☐完治 ☐経過観察
(10) その他( )

感染症歴 ☐なし ☐あり 当てはまるものを丸で囲んでください

- (1) B型肝炎 (2) C型肝炎 (3) 梅毒 (4) エイズ (5) クラミジア
(6) 淋病 (7) その他( )

手術歴 これまでに受けた手術があればご記入ください。 ☐なし ☐あり

- (1) 歳：病名( )：手術名( )
(2) 歳：病名( )：手術名( )

問診1 第一子希望 第二子希望 第 子希望

問診2 あなたの生理についてお答えください

初潮 歳頃 閉経 歳頃  
出産後月経がない 該当しない 生理がない 生理がある  
卒乳した はい いいえ  
最終月経 月 日 ~ 月 日まで 日間  
月経周期 日周期 整 不整 ( 生理期間が長い 短い )  
月経痛 なし 少し痛い 痛い ひどく痛い 非常にひどい  
月経量 多い 中 少ない  
生理前の症状 なし あり ( )

問診3 妊娠・出産についてお答えください

妊娠歴 なし あり ( 回 )  
→そのうち流産 ( 回 )・人工中絶 ( 回 )  
死産 ( 回 )

**妊娠・出産歴**

年 月 : 流産 早産 普通分娩 吸引分娩 帝王切開 鉗子分娩 中絶  
年 月 : 流産 早産 普通分娩 吸引分娩 帝王切開 鉗子分娩 中絶  
年 月 : 流産 早産 普通分娩 吸引分娩 帝王切開 鉗子分娩 中絶  
年 月 : 流産 早産 普通分娩 吸引分娩 帝王切開 鉗子分娩 中絶

問診4 最後に受けたがん検診はいつですか？

受診歴 なし あり  
(1) 子宮頸がん検診 : 年 月 → 異常 なし あり  
(2) 子宮体がん検診 : 年 月 → 異常 なし あり  
(3) 乳がん検診 : 年 月 → 異常 なし あり

問診5 不妊治療歴 なし あり

①クリニック名 :  
治療期間 年 月 ~ 年 月  
検査内容 ( )  
②クリニック名 :  
治療期間 年 月 ~ 年 月  
検査内容 ( )

問診6 今後当院で希望する治療内容をお答えください

タイミング療法  
人工授精(AIH)  
体外受精(IVF)  
その他  
治療開始時期の御希望 今周期 次周期 相談  
その他の御希望 ( )