

当院使用欄 記入しない ください	初診日 20 年 月 日	本人ID 夫ID
------------------------	-----------------	-------------

## 外来問診カード②

フリガナ 氏名	フリガナ 夫氏名
生年月日	昭・平 年 月 日 才
住所	他院の検査データがある方は、コピーさせていただきますので一度受付にご提出お願い致します。  検査結果等を緊急連絡する必要がある場合にご使用いたしますので、必ずご記入下さい。
自宅電話	
携帯電話	
携帯・スマートフォンメールアドレス	
職業	

1. 最終月経： 月 日から 日間 量：多・中・小  
 その前の月経： 月 日から 日間 量：多・中・小  
 普段の月経周期 順・不順 日型 持続日数 日  
 月経痛： 無・弱い・強い・非常に強い・痛み止めを内服（する・しない）

2. 今までご妊娠されたことがありますか？ 有・無 妊娠したことがある方は、下記に記入して下さい。

1	年	月	才	自然・誘発・人工・体外・顕微	正常分娩 ・ 帝王切開（他） 自然流産（週） ・ 人工中絶（週） 子宮外妊娠 ・ 胞状奇胎
2	年	月	才	自然・誘発・人工・体外・顕微	正常分娩 ・ 帝王切開（他） 自然流産（週） ・ 人工中絶（週） 子宮外妊娠 ・ 胞状奇胎
3	年	月	才	自然・誘発・人工・体外・顕微	正常分娩 ・ 帝王切開（他） 自然流産（週） ・ 人工中絶（週） 子宮外妊娠 ・ 胞状奇胎
4	年	月	才	自然・誘発・人工・体外・顕微	正常分娩 ・ 帝王切開（他） 自然流産（週） ・ 人工中絶（週） 子宮外妊娠 ・ 胞状奇胎
5	年	月	才	自然・誘発・人工・体外・顕微	正常分娩 ・ 帝王切開（他） 自然流産（週） ・ 人工中絶（週） 子宮外妊娠 ・ 胞状奇胎

3. 過去の病気、手術についてお答え下さい。

病気：無・有（ ）才の時（病名： ） 緑内障：無・有（ ）才の時  
 手術：無・有（ ）才の時（手術名： ） 喘息：無・有（ ）才の時  
 感染症：無・有（ ）才の時 [ HIV・梅毒・B型肝炎・C型肝炎・クラミジア・その他： ]  
 パートナー感染症：無・有（ ）才の時 [ HIV・梅毒・B型肝炎・C型肝炎・クラミジア・その他： ]

4. 薬や注射のアレルギーはありますか？ 無・有（薬： ）

5. 現在の状態についてお答え下さい。 身長（ ）cm 体重（ ）kg  
 喫煙：無・有（本/日） 飲酒：無・有（ビールなら本/日） 性交経験：無・有  
 常用薬：無・有（ ）

6. 結婚期間（年 月）不妊期間（年 月） 平均性交回数（回/月）  
 急に体重が増えたり、減ったりしたことがありますか？ 無・有（ヶ月で kg 増・減）

7. 過去に受けたことのある不妊症の検査について  
 精液検査（正常・異常） 卵管の検査（正常・異常） フーナーテスト（正常・異常） ホルモン検査（正常・異常）  
 クラミジア検査（+・-） 抗精子抗体（+・-） AMH（+・-） 子宮鏡検査（正常・異常） 腹腔鏡検査（正常・異常）

8. 過去に受けたことがある不妊治療について（病医院名）  
 タイミング法（ ）回 排卵誘発剤（内服・注射）（ ）回 人工授精（ ）回  
 体外受精・顕微授精 採卵（ ）回 新鮮胚移植（ ）回 凍結胚移植（ ）回

9. 過去の不妊症検査や治療の中で医師から指摘されたことや、その他情報があれば記入して下さい。

10. 当院で希望されている検査・治療や、医師に伝えておきたいことがあれば、記入して下さい。

11. 当院を何でお知りになりましたか。

- 1) 他院（ ）からのご紹介      2) 友人・知人（ ）様のご紹介  
 3) インターネット      4) クリニックの看板      5) その他（ ）