

下記の質問に答えて受付にお渡しください。(あてはまるものには○印をつけてください)
診察の際に必要な調査書ですので正確に記入してください。この個人情報は保護されます。

(ふりがな)
(本人) 氏名 _____
生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____)
携帯電話: _____
住所 〒 _____

(ふりがな)
(夫・パートナー) 氏名 _____
生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____)
携帯電話: _____

※あなたが病院滞在中の緊急連絡先をご記入ください 《 》内は、夫・実母…など携帯番号所有者をご記入ください
緊急連絡先①《 》: _____ 緊急連絡先②《 》: _____

あなたの職業 () パート・フルタイム

メールアドレス: _____ @ _____

身長 () cm 体重 () kg 血液型 () Rh () *血液型検査結果持参 (あり / なし)

喫煙歴 なし / 過去にあり / 現在あり (15 本/日未満) / 現在あり (15 本/日以上)

婚姻歴 初婚 / 再婚 入籍 未 / 済 入籍日 西暦 _____ 年 _____ 月 (_____ 歳)

1. 来院の目的は

治療の再開、相談をしたい / 出産後、次の治療を始めたい / 月経不順

その他 (具体的に記入: _____)

☆他院で自己注射を実施したことがありますか なし / あり

使用薬剤名: : ユナール7 / レパル / フォリスム / HMG / ガニレスト / ノドレル / 不明 / その他 (_____)

2. () 内に記入、または○で囲んでください

最近の月経はいつでしたか (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)

月経周期は順調ですか * (月経周期: 月経開始日より次の月経開始の前日までの日数です)

順調 (_____ ~ _____) 日周期 (標準 25~38 日) 不順 (_____) 日周期

何日続きますか (_____) 日間 月経の量は 多い / 普通 / 少ない 血の塊は ある / ない

月経時痛は ない / ある (部位 _____) (_____ 日目)

痛み止め 使わない / 使う (毎月 / 時々) (薬の名前: _____)

出産後に来院された方へ 月経が再開したのは (_____ 年 _____ 月) *状況によりますが、卒乳していないと治療
授乳をやめたのは (_____ 年 _____ 月) できません。

3. 妊娠、出産について記入、または○で囲んで下さい

〈妊娠・出産がある方は以下に記入してください〉

経膈分娩(正常) (_____) 回 / 帝王切開 (_____) 回 / 子宮外妊娠 (_____) 回 / 流産 (_____) 回

人工妊娠中絶 (_____) 回

*出産時の情報 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) (経膈分娩 / 帝王切開) (妊娠週数 _____ 週 _____ 日)

出生児体重 (_____ g) (男の子 / 女の子) (病院名: _____)

*流産・人工中絶・子宮外妊娠: (_____ 年 _____ 月) (妊娠週数 _____ 週) (病院名: _____)

*出産や流産など2回以上ある方は、それぞれこちらに上記同様に記入してください

4. 今までにかかった主な病気について下の中にあてはまるものがあれば、○をしてください

下垂体疾患 過敏症（アレルギー）甲状腺疾患（機能亢進症・低下症など） 糖尿病 輸血既往 結核 梅毒
精神疾患（パニック障害など） 淋病 虫垂炎（盲腸）の手術 外傷（部位： ）
血液疾患（血小板減少症・白血病など） 血栓症 その他（ ） なし

*病気や手術を受けたことがある方は病名・治療した年月と病院名を記入してください

（病名 ）（ 年 月）（病院名 ）
（ ）（ 年 月）（ ）

現在内服している薬はありますか

なし / あり （薬品名： ）

アレルギー体質がありますか はい / いいえ

ピーナッツアレルギーはありますか はい / いいえ

これまでに薬や注射で副作用を起こしたことがありますか はい / いいえ

これまでにショックを起こしたことがありますか はい / いいえ

ぜんそくにかかったことがありますか はい / いいえ

「はい」と答えられた方 こどもの時 / 現在治療中（薬品名： ）

性交回数は（ 日/ 週）に（ ）回くらい 性交痛（なし / あり） 排便時痛（なし / あり）

5. 家族の中に何か特別な病気の人がありますか

いる（遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、甲状腺疾患） / いない

☆ 以下の質問についてはご主人またはパートナーの方のご記入をお願いします。

6. ご主人（パートナー）について

年齢（ ）歳 職業（ ） 婚姻歴：初婚・再婚 健康ですか：はい ・ いいえ

今までにかかった病気があれば以下の中から選んで○印または記入してください

下垂体疾患 甲状腺疾患（機能亢進症・低下症など）糖尿病 結核 梅毒 淋病 高熱疾患 頭部外傷
過敏症（アレルギー） 精神疾患（パニック障害など） 副睾丸炎 陰部外傷 ヘルニア（手術）
おたふくかぜ（ ）歳の時 停留睾丸 陰部に手術を受けた その他（ ） なし

現在ご主人が内服している薬はありますか

なし / あり （薬品名： ）

ご主人の喫煙歴： なし / 過去にあり / 現在あり（15本/日未満） / 現在あり（15本/日以上）

7. 当院に通院していなかった期間に、当院以外の産婦人科で診察・検査・投薬・治療を受けたことがありましたらご

記入ください。また、当院に通院していない期間に不妊に関する治療・検査を受けた事が（ ない ・ ある ）

「ある」方は、下記に治療・検査を記入してください。その他何か伝えておきたいことがあればご記入ください。