

問診票

横浜 HART クリニック

初回受診日 西暦 年 月 日

妻	ふりがな 氏名	様	生年月日 西暦	(年齢 年	歳) 月	日	ご職業	
	ご住所 〒						—	勤務先名 (任意)
	電話番号	ご自宅	—	—	携帯電話	—	—	緊急時連絡先 (勤務先・実家・その他)
夫	ふりがな 氏名	様	生年月日 西暦	(年齢 年	歳) 月	日	ご職業	
	ご住所 〒						—	勤務先名 (任意)
	電話番号	ご自宅	—	—	携帯電話	—	—	緊急時連絡先 (勤務先・実家・その他)

確認、お知らせなど当院からの連絡の必要が生じた際、病院名を告げてご連絡をしてもよろしいでしょうか？

(はい・いいえ)

当院ではどのような治療をご希望ですか？ (該当事項に○、複数可)

検査・タイミング指導・人工授精・体外受精・顕微授精・その他 ()

当院を何でお知りになりましたか？ ホームページ・知人の紹介・雑誌・その他 ()

当院をお選びになった理由をお聞かせ下さい ()

●女性の方についてお聞きします。

1. これまでに他の病院で検査・治療を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 期間 (年 月 ~ 年 月) 病院名 ()

受けた検査 ホルモン検査・子宮卵管造影・通水検査・子宮鏡・腹腔鏡

その他 ()

受けた治療 タイミング指導・人工授精 () 回・体外受精 () 回 顕微授精 () 回

※体外受精・顕微授精を受けたことのある方は 別紙の「これまでの体外受精治療について」もご記入ください

2. これまでに病気にかかったことはありますか？ (婦人科以外も含めて) (はい・いいえ)

「はい」の場合 主な病気は () 歳、 () 歳

3. 次の感染症検査を受けたことはありますか？ (該当事項に○)

梅毒・B型肝炎・C型肝炎・HIV・クラミジア

結果 (全て陰性・陽性あり) 陽性であったものの感染症名 ()

4. 今までに手術を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 () 歳、 () 歳

5. 現在、治療している病気はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 病名 ()

6. 現在、内服中のお薬はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 薬剤名 ()

7. これまでにお薬や食物、金属、ゴムなどでアレルギー症状や体の不調が起こったことがありますか？

(はい・いいえ)

「はい」の場合 具体的な原因物を記入してください。 ()

その時どのような症状がでましたか？ ()

8. 嗜好品について お酒 (飲まない・たまに・週に数回・毎日)

ビール・日本酒・ワイン・焼酎 (ml 程度)

タバコ (吸わない・時々・毎日) (本/日)

9. 子宮癌検診は受けていますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 検査年 () 年、 結果 (異常なし・要再検査・経過観察中)

10. 月経について 初経 () 歳、月経周期 (順調 日型・不順 日~ 日型)

月経期間 () 日、月経量 (少ない・普通・多い)、

月経痛 (ほとんどない・少し・かなりある・日常生活に支障がでる程ひどい)

最終月経 年 月 日から 日間

11. 結婚について 初婚 年 月・再婚 年 月・未婚 (婚約中・予定なし)

12. 妊娠・出産歴について

これまでに妊娠・出産の経験がありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 妊娠 () 回、出産 () 回

13. 身長・体重について 身長 () cm 体重 () kg

●男性の方についてお聞きします。

1. 現在、治療している病気はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 ()

2. 現在、内服中のお薬はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 ()

3. これまでに精液検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の場合 結果 (正常・異常)

具体的に (量 ml、濃度 $\times 10^6/\text{ml}$ 、運動率 %、奇形率 %)

●おふたりにお聞きします。

治療を始めるにあたって、ご希望やお考えがあれば教えてください。

(痛みに弱いので特に配慮して欲しい、なるべく2人で来院して治療方針を決めたい、など)

[]

ご記入ありがとうございました。

※ご記入いただいた個人情報は、当院での治療目的以外では使用しないことをお約束いたします。