

# 香月産婦人科 初診時間診票

該当する□にレ点でチェックを入れてください。

記入日： 20      年      月      日

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	年   月   日 (   歳)	生年月日	年   月   日 (   歳)
職業		職業	
自宅住所	〒		
自宅電話番号			
携帯電話番号		携帯電話番号	
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD ( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD ( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)
身長・体重	cm                      kg	身長・体重	cm                      kg
携帯メールアドレス	@ <input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp	携帯メールアドレス	@ <input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp

1. 当院の初診前説明会を受けられましたか？   受けた      受けていない
  
2. 当院を選んだ理由をお聞かせください。
  - 西区 香月産婦人科を受診したことがある      知人・友人より (紹介者名                      )
  - 家族・親族より                      他院からの紹介      近所だから
  - 広告                      当院ホームページを見て
  - 当院ホームページ以外のインターネット情報 (サイト名など                      )
  - その他 (                      )
  
3. 本日はどのようなことで来院されましたか？
  - 妊娠しない (不妊症) の相談 (妊娠しない期間      年      月)
  - 妊娠するが流産を繰り返す (不育症) の相談
  - 他院からのご紹介 (病院名：                      )
  - 他院で治療中、セカンドオピニオン希望
  - その他 (                      )
  - \* 内診のご希望についてお伺いします。      希望する      希望しない
  
4. ご結婚について
  - 既婚 (      年      月      日に結婚) (初婚   再婚)
  - 未婚   未入籍 (入籍予定   あり   なし)
  - \* 性交の経験はありますか？      あり      なし
  
5. 月経について
  - ・ 初経 (      ) 歳                      ・ 一番最近の月経は      月      日 ~      月      日
  - ・ 月経周期は   順調 (      日)   不順 (長いとき      日、短いとき      日)
  - ・ 月経量は   少ない   多い
  - ・ 月経痛 (ない   軽い   中等度   高度) (下腹痛   腰痛)
  - ・ 月経に関して気になっていることがあればお書きください。

(                      )

6. これまでにかかったことのある病気があれば教えてください。

病名 ( )  
どんな治療を受けましたか？手術 時期 ( 年 月) 手術名 ( )  
時期 ( 年 月) 手術名 ( )  
内服 薬の名前 ( )  
経過観察のみ  
現在も治療が続いていますか？はい いいえ

7. 注射や内服薬、食品、その他（ラテックス、消毒用アルコールなど）でアレルギーや副作用の経験がありますか？

ない ある 薬剤・食品名など ( ) ( )

8. たばこを習慣的に吸っていますか？

はい ( 本/日、喫煙歴 年) 吸っていた(禁煙期間 ) いいえ

9. 飲酒習慣についてお伺いします。

飲酒なし

機会飲酒のみ

(ほぼ) 毎日 (頻度 回/週、1日あたりの飲酒量 1合未満 1合以上)

\* 1合の目安:ビール中瓶1本(500 mL)、日本酒 180 mL、ワイン2杯(240 mL)、焼酎 35度 80 mL

10. これまで受けたことのある検査があれば教えてください。

検査	検査日	病院名	検査結果
子宮頸がん検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
AMH	年 月		ng/ml
プロラクチン	年 月		ng/ml
甲状腺機能検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( <input type="checkbox"/> 亢進症 <input type="checkbox"/> 低下症)
子宮鏡検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
卵管造影検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
卵管通気検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
ホルモン検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (内服治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
クラミジア感染症	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 未治療)
抗精子抗体	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
精液検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
不育症検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )
染色体検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )

その他 ( )

検査を受けたことはない

11. これまで受けたことのある治療があれば教えてください。

なし

タイミング指導 回 ( 年 月～ 年 月)

人工授精 回 ( 年 月～ 年 月) 精液所見 (良 不良)

体外受精 回 ( 年 月～ 年 月)

12. 妊娠したことがありますか？ ない ある

	時期	年齢	治療	週数	転帰	性別	出生体重	出産場所
1	年 月		<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児		
2	年 月		<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児		
3	年 月		<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 男児 <input type="checkbox"/> 女児		

13. 体外受精を受けたことのある方は以下もお願いします。

採卵 1回目	施設 名	卵巣刺激法	採 卵 数	受精方法	正常 受精数	凍結胚数	移植胚	妊娠
年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 凍結せず	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		1回目の融解胚移植		<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期		<input type="checkbox"/> 自然周期	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		2回目の融解胚移植		<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期		<input type="checkbox"/> 自然周期	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
採卵 2回目	施設 名	卵巣刺激法	採 卵 数	受精方法	正常 受精数	凍結胚数	移植胚	妊娠
年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 凍結せず	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		1回目の融解胚移植		<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期		<input type="checkbox"/> 自然周期	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		2回目の融解胚移植		<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期		<input type="checkbox"/> 自然周期	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
採卵 3回目	施設 名	卵巣刺激法	採 卵 数	受精方法	正常 受精数	凍結胚数	移植胚	妊娠
年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> 低刺激 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 凍結せず	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		1回目の融解胚移植		<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期		<input type="checkbox"/> 自然周期	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
年 月		2回目の融解胚移植		<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期		<input type="checkbox"/> 自然周期	<input type="checkbox"/> 初期胚 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 個	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

14. ご主人について

①結婚歴 初婚 再婚（前妻との間に妊娠 なし あり）

②これまでにかかったことのある病気があれば教えてください。

病名（）  
どんな治療を受けましたか？手術 時期（年 月） 手術名（）  
内服 薬の名前（）  
経過観察のみ

現在も治療が続いていますか？はい いいえ

③注射や内服薬、食品、その他（ラテックス、消毒用アルコールなど）でアレルギーや副作用を経験されたことがありますか？ ない

ある 薬剤・食品名など（）（）

④たばこを習慣的に吸っていますか？

はい（本/日、喫煙歴年） 吸っていた（禁煙期間） いいえ

⑤飲酒習慣についてお伺いします。

飲酒なし

機会飲酒のみ

（ほぼ）毎日（頻度回/週、1日あたりの飲酒量 1合未満 1合以上）

\* 1合の目安:ビール中瓶1本(500 mL)、日本酒180 mL、ワイン2杯(240 mL)、焼酎35度 80 mL

⑥その他気になっていることがあれば教えてください。

（）

15.当院では西洋医学的な検査・治療と並行して漢方薬の処方も行っています。

漢方薬の処方を希望する（診察で必要ないと思われる場合は処方しません）

今は希望しない

16.当院では管理栄養士による栄養セミナーや栄養指導を無料で行っています。

栄養セミナーを受けてみたい

コレステロール値などを含めた血液検査を受けて、必要な栄養指導も希望する

今は希望しない

17.当院からの重要なお知らせや、イベント告知などのご案内をお伝えします。ご希望をお聞かせください。

希望する 希望しない

18. 検査・治療に対するご要望や、不安に思っていること、気になっていることなど、自由にお書きください。