

問診票

年 月 日

結婚年月日:(西暦)年()月結婚

赤ちゃんがほしいと考え始めたのはいつからですか? ()

①今までに妊娠したことが ある・ない

*上記であると答えた方 ()回

満期産 経膈分娩 ()回...年月日() 帝王切開 ()回...年月日()

早産 経膈分娩 ()回...年月日() 帝王切開 ()回...年月日()

流産 ()回...年月日() そのうち胎児心拍動有()回...年月日()

妊娠反応のみ ()回...年月日() 子宮外妊娠()回...年月日()

②月経について教えてください

最終月経()月()日 ~ ()月()日まで

初潮の年齢 ()

以下あてはまるものに○をしてください。

月経周期 周期的()日 早くなる時がある 遅れるときがある 不規則

月経量 多い ふつう 少ない 多くなってきた 少なくなってきた 毎回異なる

月経前 いらいらする 便秘 下痢 情緒不安定 腹痛 腰痛 吐き気 食欲増加 食欲減少

その他() 特になし

月経痛 腹痛 腰痛 頭痛 吐き気 便秘 下痢 その他() 特になし

月経後 体調が良くなる 疲れる 便秘 下痢 頭痛

その他() 特になし

月経以外の不正性器出血が 1. ある、2. ない

婦人科にて不妊治療を行っていますか

はい いいえ 以前行っていた→いつ頃ですか?()

下記検査を行ったことがある場合は○をつけてください。

()ホルモン採血 ()年異常なし、異常有り

()子宮卵管造影()年:異常なし、異常有り

()性交後試験(フナーテスト)()年:異常なし、異常有り

()内膜の検査 ()年:異常なし、異常有り

()腹腔鏡検査 ()年:異常なし、異常有り

()精液検査 ()年:異常なし、異常有り

旦那さんの行った治療があれば教えてください(薬など):

下記治療を行ったことがある場合は教えてください

()タイミング法 内服(回)・注射(回)期間(~)

()人工授精 (回)期間(~)

()体外受精 (回)期間(~)