

初めて受診される方へ

当院では、初めに皆さまのことを知るために 1. 問診票 に記入をしていただきます。
インターネットからダウンロードできる方は、ご自宅でご記入いただき受付へお持ちください。

次に問診票にそって 2. 担当者がお話を伺わせていただきます。
(今までの治療経験や心配なこと・不安なことなどを詳しくお聞きします。)
* 紹介状がある方も含めすべての方が対象になります。

同時に下記の内容についてもご説明させていただきますので、ご希望のものに○をお付けください。
(説明には30～60分のお時間がかかります。)

- () 妊娠の成り立ちについて
- () 不妊症の一般的な検査の説明
- () 今後検査を始めるにあたり、どのような順番で検査を進めて行くのか?
- () 不妊症治療法の簡単な説明
(排卵誘発とは? タイミング療法とは? 人工授精とは? 体外受精とは?)
- () 検査や治療の料金について
- () その他 → 他にお聞きになりたい事がありましたらご記入下さい。

3. 先生の診察になります。

今日は先生とお話ししていただく事が主になります。
時期が合うものがあれば検査を行う事も可能です。
検査の内容によっては予約が必要なものもありますのでご了承下さい。

4. お会計をして本日は終了です。

次回のご予約をお取り下さい。

～マイナ保険証について～

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報取得加算の算定医療機関です。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

- ①本日マイナ保険証（保険証と紐付けされたマイナンバーカード）をお持ちですか？
はい ・ いいえ
- ②「はい」の方、診療情報取得に同意されましたか？
はい ・ いいえ
- ③他院からの紹介状はお持ちですか？
はい ・ いいえ



受付票 及び 問診票

女性用-2
2023.4

年 月 日

フリガナ			昭和				
お名前			平成	年	月	日生	歳
御住所	〒				御連絡可能な電話番号 ()		
	*現住所と住民票のある住所が異なる場合は両住所ともご記入ください。				職業		
					休日		
身長	cm	体重	kg	血液型	A B O AB Rh(+ , -)	不明	

I 本日はどうなさいましたか？

- ・妊娠を希望する
- ・その他ございましたら、ご記入ください。

[]

II 月経(生理)について

(*分からないところは空白で結構です*)

- ①はじめての月経はいつ頃でしたか？ ()歳 (小学・中学・高校 年)
- ②閉経後の方;何歳まで月経がありましたか ()歳
- ③最近の月経はいつでしたか
(西暦) 年 月 日から 出血が続いたのは 日間 今日生理開始日から 日目
- ④月経は順調ですか？ 順調 ・ 不順 ()日周期(月経開始日より次の月経開始までの日数)
- ⑤月経の量は？ 多い ・ 普通 ・ 少ない
- ⑥月経時、痛みはありますか？ 痛くない ・ 我慢できる痛み・痛み止めが必要 ・ 痛み止めを服用しても痛い
- ⑦月経時、他に気になる症状はありますか はい() ・ いいえ

III 結婚、妊娠、分娩について

- ①性交(セックス)の経験がありますか はい ・ いいえ
- ②結婚をしていますか はい(年 月結婚) ・ いいえ
婚約中(入籍予定時期 年 月頃 ・ 未定)
- ③妊娠したことがありますか はい ・ いいえ
- ④妊娠したことのある方は、その内容を詳しく教えてください
年 月 歳
自然妊娠・その他() → 出産(週) ・ 流産(手術 有・無 胎嚢+・- 心拍+・-) ・ 子宮外妊娠・中絶
年 月 歳
自然妊娠・その他() → 出産(週) ・ 流産(手術 有・無 胎嚢+・- 心拍+・-) ・ 子宮外妊娠・中絶
年 月 歳
自然妊娠・その他() → 出産(週) ・ 流産(手術 有・無 胎嚢+・- 心拍+・-) ・ 子宮外妊娠・中絶

IV 今までにかかった主な病気、受けた手術について(婦人科以外も含めて)

- ①現在、治療中の病気はありますか？ いいえ はい(病名:)
(医療機関名:)
(受診日:)
現在使用中の薬はありますか？ いいえ はい※1()

※1マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は省略可。保険適用外のお薬はご記入ください。

- ②過去病気になったり、手術(流産手術含む)を受けたことがありますか いいえ はい
「はい」の方 主な病気は ・ 子宮筋腫()歳の時 ・ 卵巣のう腫()歳の時 ・ 子宮内膜症()歳の時
・ その他 () ()歳の時
・ その他 () ()歳の時
- ③手術は () ()歳の時

- ④アレルギー体質がありますか(花粉、食品など) いいえ はい()
- ⑤今まで使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか いいえ はい()
- ⑥喘息にかかったことがありますか いいえ はい(何歳頃)
- ⑦輸血を受けたことがありますか いいえ はい(何歳頃)
- ⑧現在使用中の薬やサプリメント、漢方などはありますか? いいえ はい()
- ⑨この一年間で健康診断を受診されましたか?
いいえ はい※2(指摘されたこと)

※2マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は特定健診に限っては省略可。

- V ①飲酒の習慣がありますか いいえ はい(毎日・週 日位 飲酒量:)
- ②喫煙の習慣がありますか いいえ はい(喫煙歴 年 1日 本 禁煙の意思 有・無)

- VI ご家族の中に病気の人はいですか いない いる(遺伝病、高血圧、糖尿病、ガン、その他)

- VII 妊娠を希望してから今までの期間はどのくらいですか
_____年 _____カ月くらい (積極的に希望していなくても避妊していなかった期間も含みます)

- VIII 基礎体温表をつけていますか はい(一相性・二相性) いいえ

IX 今までに不妊治療を受けたことがありますか

- 受けたことがない 受けたことはないが、自分でタイミング療法をしていた
- 他院を受診したことがある (病院名: _____)
- ⇒ どのような検査を受けましたか
- 子宮癌検診 _____年 _____月 異常 無・有()
- クラミジア検査 _____年 _____月 異常 無・有()
- ホルモン検査 _____年 _____月 異常 無・有()
- 子宮卵管造影 _____年 _____月 異常 無・有()
- 通水検査 _____年 _____月 異常 無・有()
- 子宮鏡 _____年 _____月 異常 無・有()
- ヒューナーテスト _____年 _____月 異常 無・有()
- AMH(抗ミュラー管ホルモン) _____年 _____月 異常 無・有()
- 精子不動化抗体 _____年 _____月 異常 無・有()
- 風しん抗体 _____年 _____月 異常 無・有()
- 感染症検査(B型、C型肝炎、梅毒、HIV) _____年 _____月 異常 無・有()
- 精液検査 _____年 _____月 異常 無・有()

⇒ どのような治療を受けましたか

- タイミング療法 (_____)回 → 誘発方法 : 自然・内服薬 / 注射 (薬剤名: _____)
- 人工授精 (_____)回 → 誘発方法 : 自然・内服薬 / 注射 (薬剤名: _____)
- 体外受精 (_____)回
- 顕微授精 (_____)回
- 凍結胚移植 (_____)回

X 不妊検査を受けたいと考えていますか

- 基本的な検査は全て受けたい 必要に応じて受けたい 受けたくない わからない

XI 不妊治療に関するご希望を教えてください

- タイミング療法 希望する 必要に応じて希望する 希望しない わからない
- 人工授精 希望する 必要に応じて希望する 希望しない わからない
- 体外受精、顕微授精 希望する 必要に応じて希望する 希望しない わからない

- XII ご主人のご協力は頂けますか はい いいえ 内緒にしている わからない