

No. _____

診療録

年 月 日

ふりがな 氏名	-----		No.

生年月日	西暦 年 月 日 才	生年月日	西暦 年 月 日 才
職業		職業	
現住所	〒 ー クリニックからの郵便 (可・不可)		
自宅電話	() ー	クリニックからの連絡 (可・不可)	
携帯電話 (妻)	ー ー	クリニックからの連絡 (可・不可)	
携帯電話 (夫)	ー ー	クリニックからの連絡 (可・不可)	

問診表

年 月 日

■ 下記の項目についてご記入下さい。

1. 初潮年齢 (才)
2. 最終月経 (年 月 日から 日間)
3. 月経周期 (日型 ・ 不順)
4. 結婚年齢 (才)
5. 不妊期間 (年 ヶ月)
6. 不妊治療歴 (ある ・ ない)

	検査・治療内容	医療機関名
年 月		
年 月		

7. 既往歴 (ある ・ ない)

糖尿病 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 肝炎
甲状腺疾患 ・ 精神疾患 ・ 性病()
その他()

	病名	検査・治療内容	医療機関名
年 月			
年 月			

8. 手術歴 (ある ・ ない)

	病名	検査・治療内容	医療機関名
年 月			
年 月			

9. 妊娠・出産歴 (ある ・ ない)

	どのように妊娠しましたか	妊娠 ・ 分娩の経過はどのようでしたか
年 月	自然 ・ タイミング法 人工授精 ・ 体外受精	妊娠 週 流産 (人工 ・ 自然) 分娩 (自然 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開)
年 月	自然 ・ タイミング法 人工授精 ・ 体外受精	妊娠 週 流産 (人工 ・ 自然) 分娩 (自然 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開)
年 月	自然 ・ タイミング法 人工授精 ・ 体外受精	妊娠 週 流産 (人工 ・ 自然) 分娩 (自然 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開)

10. 子宮頸がん検査 受けた (年 月 日) ・ 受けていない
11. クラミジア検査 受けた (年 月 日) ・ 受けていない
12. アレルギー ある(薬品) (食品) ・ ない
13. 希望する治療内容 (検査 ・ タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精)
(特別養子縁組 ・ その他)