

# 松田ウイメンズクリニック 初診問診票

当院では個人情報の保護に最大限努力しており、この問診票の内容は当院での診療目的以外に使用されることはありません

## 【1】奥様についてご記入ください

ふりがな

名前 ( ) 生年月日 (西暦 年 月 日) 年齢 ( ) 才

緊急時連絡先① ( ) (自宅・ケイタイ・職場) ② ( ) (自宅・ケイタイ・職場・ご主人・その他: )

★今後当クリニックよりお電話させていただく場合 (災害時の休診や診療予約の時間変更など) があります

その際、病院名を名乗ってもよろしいでしょうか? はい いいえ (スタッフの個人名で連絡させていただきます)

身長・体重について	●身長 _____ cm ●体重 _____ kg ここ1~2年での体重の増減はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( ) 年で ( ) kg (増・減)
血液型について (ABO式、Rh式両方ご記入ください)	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> Rh(+) <input type="checkbox"/> Rh(-) <input type="checkbox"/> 分からない
いつ結婚されましたか	西暦 年 月 (結婚時年齢 才)
あなたは初婚ですか 再婚ですか	<input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 ( 回目) 前夫との間に子供はいますか? 無・有 ( 人)
同居しているご家族を教えてください	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 子供 _____ 人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 以前喫煙あり <input type="checkbox"/> 有 ( 本/日)
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 有 ( m l /日)
お仕事をされていますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職業 ( ) 勤務場所 ( ) 勤務体制 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営業 ( 曜日 ~ 曜日) ・不規則 勤務時間 ( 時 ~ 時) ・不規則 夜勤 ( 有 ・ 無 ) その他 ( )
当院までの交通手段と交通時間	●手段 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (バス・電車・JR) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ●時間 自宅から ( 時間 分) 勤務先から ( 時間 分)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬品名 ( ) 食べ物・その他 ( )
今までにかかったことのある病気 または手術の経験はありますか それはいつですか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 癌 ( 癌) <input type="checkbox"/> 甲状腺異常 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 病名・手術名 ( ) (西暦 年 月頃) ( ) (西暦 年 月頃)
現在服用中の薬がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 薬品名 ( ) 処方された病院名 ( )

現在葉酸のサプリメントを摂取していますか また、葉酸以外にも使用中のサプリメントがある場合にはご記入ください	葉酸サプリの摂取： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 葉酸以外のサプリア： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 サプリア名（ ）
ご家族の既往歴について	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→●病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> その他（ ） ●続柄 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹
風疹にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 分からない
風疹抗体検査、予防接種について	風疹抗体検査 <input type="checkbox"/> 受けた（西暦 年 月） <input type="checkbox"/> 受けていない 結果→抗体（有・無・現在結果待ち） 風疹予防接種 <input type="checkbox"/> 受けた（西暦 年 月）・時期不明 <input type="checkbox"/> 受けていない

## 【2】下記の質問にご記入ください

希望される治療内容を教えてください	<input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 融解胚移植 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
不妊期間を教えてください ※避妊していない期間を教えてください	_____年_____ヶ月 <input type="checkbox"/> 自然にまかせていたが妊娠しなかった <input type="checkbox"/> 避妊期間があったが、やめてからも妊娠しなかった <input type="checkbox"/> 妊娠したが流産した <input type="checkbox"/> 他院で治療していたが妊娠しなかった	
夫婦生活はありますか	<input type="checkbox"/> 有 月_____回 <input type="checkbox"/> 無・ほとんど無い 理由… <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 痛みのため <input type="checkbox"/> セックスレス <input type="checkbox"/> 勃起障害 <input type="checkbox"/> 疲労・仕事のため <input type="checkbox"/> 育児のため <input type="checkbox"/> その他（ ）	
妊娠されたことはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の方は下の該当項目に記入をしてください 妊娠_____回（出産_____回・流産_____回・人工流産_____回）	
妊娠・出産週数	経 過	性別・体重
西暦 年 月 週	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・心拍確認・胎児確認） <input type="checkbox"/> 死産	男・女 g
西暦 年 月 週	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・心拍確認・胎児確認） <input type="checkbox"/> 死産	男・女 g
西暦 年 月 週	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工中絶 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・心拍確認・胎児確認） <input type="checkbox"/> 死産	男・女 g

### 【3】月経についてご記入ください

- 初めての月経は何歳でしたか（初潮） \_\_\_\_\_ 才
- 最近の月経はいつでしたか 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 覚えていない
- 月経周期を教えてください  \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日周期で \_\_\_\_\_ 日間出血  
薬を服用して月経を起こしている
- 月経痛はありますか 無 有（軽度 ・ 中等度 ・ 痛み止めを服用しないと動けないほどひどい）

### 【4】ご主人についてご記入ください

ふりがな  
名前 ( \_\_\_\_\_ ) 生年月日 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 才

ご主人は初婚ですか 再婚ですか	<input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 ( _____ 回目) 前妻との間に子供はいますか 無・有 ( _____ 人)
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 以前喫煙あり <input type="checkbox"/> 有 ( _____ 本/日)
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ml/日)
ご職業についてお教え下さい	●職業 ( _____ ) <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> 自営業 ●単身赴任や長期出張 (無・有: 期間 _____ ) ●夜勤 (無・有)
今までにかかったことのある病気 または手術の経験はありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 癌 ( _____ 癌) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 病名・手術名 ( _____ )
現在服用中の薬がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )

### 【5】今までの治療・今後の希望についてご記入ください

- 不妊検査・治療をされた事がありますか 有 の方は下記へご記入ください  
無 の方は【6】へお進みください
- 不妊治療の副作用が何かありましたか 無 有 ( \_\_\_\_\_ )
- 受診されていた病院名、治療期間、治療内容、治療回数をご記入ください

病 院 名	治 療 期 間	治 療 内 容
①	西暦 _____ 年 _____ 月～西暦 _____ 年 _____ 月	検査のみ タイミング 人工授精 体外受精 その他
②	西暦 _____ 年 _____ 月～西暦 _____ 年 _____ 月	検査のみ タイミング 人工授精 体外受精 その他
③	西暦 _____ 年 _____ 月～西暦 _____ 年 _____ 月	検査のみ タイミング 人工授精 体外受精 その他

→次ページに続きます

- タイミング \_\_\_\_\_ 回 → 排卵誘発剤の使用：無・有（薬剤名： \_\_\_\_\_ ）  
 人工授精 \_\_\_\_\_ 回 → 排卵誘発剤の使用：無・有（薬剤名： \_\_\_\_\_ ）  
 採卵 \_\_\_\_\_ 回 （ 体外受精・顕微受精・両方 ）

採卵のスケジュール方法 [ \_\_\_\_\_ ]

- 新鮮胚移植 \_\_\_\_\_ 回 （ 保険： \_\_\_\_\_ 回 自費： \_\_\_\_\_ 回 ）  
 融解胚移植 \_\_\_\_\_ 回 （ 保険： \_\_\_\_\_ 回 自費： \_\_\_\_\_ 回 ）

●以下の検査を受けた事がある方はご記入ください

検 査	検査日	結 果
ホルモン検査	西暦 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
子宮卵管造影検査	西暦 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常： 右側 ・ 左側 ・ 両側
子宮鏡検査	西暦 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
精液検査	西暦 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
甲状腺ホルモン	西暦 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）
不育症採血	西暦 年	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ _____ ）

●差し支えなければ転院を希望された理由をお聞かせください（複数回答可）

- 妊娠しなかったから  引越したから  待ち時間が長かったから  
 自宅や職場から通いづらかったから  知人・友人の勧め  当院に希望する検査・治療があるから  
 説明が不十分だったから  医師の対応が良くなかったから  看護師の対応が良くなかったから  
 受付や事務スタッフの対応が良くなかったから  培養士の対応がよくなかったから  
 プライバシーの配慮が欠けていたから  通いづらい診療時間だったから  
 妊婦や子ども連れと同じ待合室だったから  その他（ \_\_\_\_\_ ）

**【6】何か不安や心配事がありましたら自由にご記入下さい**

氏名 \_\_\_\_\_

- マイナ保険証による診療情報取得に ( 同意する ・ 同意しない )
- 他の医療機関からの紹介状持参 ( あり ・ なし )

以下マイナ保険証による情報取得に同意しない方のみご記入ください

- この1年で健診(特定健診)を受診したか? ( 受診あり ・ 受診なし )  
受診した方 { 受診時期 :  
                  { 指摘事項 : }

◇ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。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します。

**初診時**

医療情報取得加算1 : 3点

- ・健康保険証にて資格確認を行った場合(マイナ保険証利用しない場合)
- ・マイナ保険証にて資格確認を行ったが、診療情報の取得に同意しない場合

医療情報取得加算2 : 1点

- ・マイナ保険証にて資格確認を行い、診療情報の取得に同意した場合
- ・他の医療機関から診療情報提供を受けた場合

**再診時**

医療情報取得加算3 : 2点 (3か月に1回)

- ・健康保険証にて資格確認を行った場合(マイナ保険証利用しない場合)
- ・マイナ保険証にて資格確認を行ったが、診療情報の取得に同意しない場合

医療情報取得加算4 : 1点 (3か月に1回)

- ・マイナ保険証にて資格確認を行い、診療情報の取得に同意した場合
- ・他の医療機関から診療情報提供を受けた場合