

問診表(一般から)

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。
令和6年12月2日から現行の健康保険証は発行されなくなります。

初診時 医療情報取得加算…1点
再診時 医療情報取得加算…1点(3カ月に1回算定)

記入日 20 年 月 日

フリガナ				フリガナ			
妻氏名				夫氏名			
生年月日	西暦	年	月 日(歳)	生年月日	西暦	年	月 日(歳)
職業		国籍 (日本以外の方)		職業		国籍 (日本以外の方)	
体重	kg	身長	cm	体重	kg	身長	cm
喫煙	有 (1日 本) / 無			喫煙	有 (1日 本) / 無		
通院方法	徒歩 自転車 バス 電車 車			通院方法	徒歩 自転車 バス 電車 車		

※名古屋市内に住民登録のある方は公費での麻しん抗体検査及び風しん抗体検査の対象となる場合があります。ご希望の際は受付にお声がけください。
女性の抗体価が低くワクチン接種が必要になった場合、接種後2か月避妊する必要があるためご注意ください。

婚姻状況	☐ 法的婚姻関係	婚姻月日 (西暦 年 月 日)
	☐ 事実婚	☐ 住民票が同一 ☐ 住民票が同一になっていない
	☐ 未婚	☐ 入籍予定あり (西暦 年 月 日) ☐ 入籍予定なし

◆ 月経について

最終月経	一番最近の生理について	月 日 ~ 月 日 (日間)
月経周期	生理初日から次の生理までの日数	約 日 から 日
月経何日目	生理初日を一日目として何日目か	本日月経 日目

◆ 赤ちゃんが欲しいと思ってからの期間(避妊していない期間)

20 年 月頃から～ (約 年 カ月)

◆ 当院で希望する診療内容 ※他院治療中で、当院で検査のみ希望の方はお引き受けできかねます

保険診療	☐ よくわからないので相談したい ☐ タイミングからチャレンジしたい (対象妻年齢:42歳以下) ☐ 人工授精からチャレンジしたい (対象妻年齢:42歳以下)
自費診療	☐ プレコンセプションチェック (すぐに妊娠は希望せず、検査のみ)

聞いておきたい事・希望したい事などあれば記入してください

◆ どれくらいの期間で結果を出したいと考えていますか？

およそ 年 カ月くらい

◆ 妊娠・出産歴について

妊娠____回 出産____回 流産____回 中絶____回 子宮外妊娠____回 化学妊娠____回 死産____回

年 月 妊娠 / 出産	☐ 自然妊娠	☐ 分娩 週 (経膈分娩・帝王切開・死産)
	☐ 治療(病院名:)	☐ 流産 週 (胎嚢確認 有 / 無 心拍確認 有 / 無)

◆ 既往歴について

1. 大豆のアレルギーはありますか？	有 / 無	2・4・5・6・7で有と答えた方、詳細をご記入ください
2. お薬のアレルギーはありますか？	有 / 無	
3. アルコールのアレルギーはありますか？	有 / 無	
4. 大きな病気をしたことはありますか？	有 / 無	
5. 婦人科系の病気・手術をしたことはありますか？	有 / 無	
6. 現在治療中の病気はありますか？	有 / 無	
7. 現在服用中のお薬はありますか？	有 / 無	
8. 6で有と答えた方、主治医から妊娠の許可は出ていますか？	有 / 無	

◆ 検査について

検査	検査日	結果
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	年 月 日	
卵管造影検査	年 月 日	
通水検査	年 月 日	
フーナーテスト(性交後試験)	年 月 日	
精液検査	年 月 日	

※ 以下の血液検査については 1 年以内の紙媒体の結果があれば採用させていただきます。

検査	検査日	結果	治療
FT4	年 月 日		
TSH	年 月 日		
PRL	年 月 日		
クラミジア IgA	年 月 日	－ / ＋	未 / 済
クラミジア IgG	年 月 日	－ / ＋	
クラミジア PCR	年 月 日	－ / ＋	
HIV	年 月 日	－ / ＋	未 / 済
HCV(C 型肝炎ウイルス)	年 月 日	－ / ＋	未 / 済
HBs(B 型肝炎ウイルス)	年 月 日	－ / ＋	未 / 済
梅毒	年 月 日	－ / ＋	未 / 済

◆ 治療歴について

タイミング _____ 回 人工授精 _____ 回 採卵 _____ 回 移植 _____ 回

治療	病院名	期間
タイミング		年 月 ～ 年 月
人工授精		年 月 ～ 年 月

