

問診表

記入日 20 年 月 日

診察券 番号						
ふりがな	姓	名	生年月日	西暦	年 月 日	年齢 歳
氏名			性別	女・男・その他	職業	
			血液型	ABO式 A・B・O・AB	Rh式	+・-
ローマ字	姓	名	身長	cm	体重	Kg
住所	〒					
電話番号	自宅			携帯		

以下の質問について、該当するものにチェックし、各項目にご回答ください。

1. 本日の受診理由をお聞かせください。	
2. 現在、妊娠していますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> はい ◆現在の妊娠週数 週 日	
◆分娩予定日 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 修正の可能性あり	
◆最終月経 20 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> わからない	
◆胎児数 <input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> ふたご <input type="checkbox"/> その他 ()	
◆通院中の産科医療機関名 () ◆医師名 ()	
※ことわりなく、こちらから上記の医療機関に連絡することはございません。	
3. 今回の妊娠についてお聞かせください。	
<input type="checkbox"/> 自然妊娠	
<input type="checkbox"/> 不妊治療あり ◆不妊治療を行った医療機関名 ()	
<input type="checkbox"/> タイミング療法 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 人工授精 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 体外受精 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 顕微授精 ◆凍結胚の使用※ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ () 日目の胚を移植	
◆採卵日※ 20 年 月 日 ◆胚移植日 20 年 月 日	
→ 上記の人工授精、体外受精、顕微授精による妊娠時に、卵子提供、精子提供を利用しましたか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 卵子提供あり ◆提供者の生年月日 年 月 日 ◆提供者の年齢 歳	
※上記の凍結胚の使用、採卵日は卵子提供者の情報を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 精子提供あり	
◆その他、今回の妊娠に関して伝えておきたいこと ()	

引きつづき、2枚目もご記入ください。

4. 今回の妊娠において、通常の妊婦健診のほかに、他院で出生前検査を受けていますか？

受けていないすでに受けたこれから受ける予定

◆検査の種類 ※複数回答可

精密超音波検査 NT 測定 クアトロテスト NIPT (新型出生前検査)絨毛検査 羊水検査 その他 ()

◆実施医療機関名 ()

◆すでに受けた検査の結果 ()

5. 過去の妊娠・出産についてお聞かせください。

A) 妊娠について

◆妊娠回数 回 ※化学流産および今回の妊娠は含めません

◆化学流産 回 ◆流産 回 ◆子宮外妊娠 回 ◆人工妊娠中絶 回 ◆死産 回

年月日	経過	妊娠週数	性別	医療機関名
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	
	化学流産・流産・子宮外妊娠・人工妊娠中絶・死産	週	男・女・不明	

B) 出産について

年月日	分娩方法	週数	性別	出生時体重	医療機関名	児に先天的な疾患があれば記入
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		
	経膣・帝王切開	週	男・女・不明	g		

6. パートナー、ご結婚についてお聞かせください。

◆パートナーの氏名 () ◆氏名のふりがな ()

◆年齢 歳 ◆職業 ()

◆パートナーとの血縁関係 なし いとこ はとこ その他 ()◆現在の結婚の有無 あり なし 事実婚 その他 ()

7. 遺伝学的背景の検討のため、ご本人、パートナーの人種をお聞かせください。 ※複数回答可

◆ご本人 非ユダヤ系白人 ユダヤ系 黒人 東アジア人 (日本・韓国・中国を含む)
その他アジア人 その他 ()◆パートナー 非ユダヤ系白人 ユダヤ系 黒人 東アジア人 (日本・韓国・中国を含む)
その他アジア人 その他 ()

8. ご本人、パートナー、それぞれの血縁者、および過去の妊娠や生まれたお子様たちにおいて、染色体や遺伝子の検査を行ったことはありますか？

いいえはい ◆続柄 () ◆検査内容 () ◆結果 ()

◆続柄 () ◆検査内容 () ◆結果 ()

◆続柄 () ◆検査内容 () ◆結果 ()

引きつづき、3枚目もご記入ください。

9. ご本人、パートナー、それぞれの血縁者、およびこれまでのお子様において、遺伝するかもしれない疾患や生まれつきの疾患、その他、難病や大きな障害をもつ方がいらっしゃいますか？

いいえ

はい ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()
 ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()
 ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()
 ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()

10. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ()

11. 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？

A) 病気について

なし

あり 高血圧 ◆治療の有無 なし あり ◆治療内容 ()
 糖尿病 ◆治療の有無 なし あり ◆治療内容 ()
 その他の疾患 ()
 ◆治療の有無 なし あり ◆治療内容 ()

B) 手術について

なし

あり ◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ()
 ◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ()

12. 現在、使用している薬はありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ()

13. 現在、喫煙されていますか？

いいえ

◆過去の喫煙 なし

あり 妊娠以前にやめた ◆年齢 歳から 歳まで ◆量 本/日
 妊娠してからやめた ◆年齢 歳から妊娠 週まで ◆量 本/日

はい ◆年齢 歳から ◆量 本/日

14. 現在、飲酒されていますか？

いいえ → ◆過去の飲酒 なし あり

はい

15. 当院を知ったきっかけをお聞かせください。

ホームページを見て テレビ・雑誌・メディアを見て (名称)

友人・知人の紹介 家族の紹介 他院からの紹介 その他 ()

ご記入ありがとうございました。記入後は受付へお渡しく下さい。

クリニックからのお願い：当院は完全予約制ですが、診察状況によってはお待たせする場合がございますので、ご了承いただければ幸いです。ご不明な点はスタッフにおたずねください。