

初診時間診票

記入日 年 月 日

*治療をするための大切な資料です。できるだけ詳しく、全ての項目をご記入ください。

	氏名	年齢	生年月日	職業	身長	体重
本人	(ふりがな)	歳	S H 西暦 年 月 日		cm	kg
夫 またはパートナー	(ふりがな)	歳	S H 西暦 年 月 日		cm	kg

☆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、マイナンバーカードの利用にご協力をお願いいたします。

☆マイナンバーカードによる診療情報取得に同意していただけますか？ 同意する 同意しない

【治療歴】

○初診時は子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価を実査します。

*月経中の方は子宮頸がん検査・クラミジア検査は次回の診察時に実施します。

- 了承し検査を受ける。(子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価)
- 1年以内に検査を受け、検査データを持っている。(子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価)
- 近日常(1か月以内)に検査を受ける予定がある。(子宮頸がん検査・クラミジア検査・風疹抗体価)
- これまでの不妊治療(診察を受けたことがある・初めて診察を受ける)

○検査

- ・卵管造影検査(病院名:) ・通水検査(病院名:)
- ・子宮鏡検査(病院名:) ・ERA検査(病院名:)
- ・子宮内膜蠕動運動検査(病院名:) ・その他(内容・病院名:)

○治療法

- ・タイミング法(病院名:) ・人工授精(病院名:)回
- ・体外受精(病院名:)回 ・顕微授精(病院名:)回
- ・不育症治療(病院名:) ・その他(内容・病院名:)
- ・卵管鏡下卵管形成術FT(病院名:)

【月経】

○最終月経(最近の月経) 月 日 ~ 月 日

○初潮 歳 ○月経日数 日間 ○月経周期 日型

○自覚症状(月経痛あり薬を飲む・飲まない 血塊がある 下痢をする)

【結婚・妊娠・分娩】

○結婚 ・入籍 年 月 日 ・入籍予定 年 月頃 ・事実婚

○SEX ・経験がある ・経験がない ・うまくいかない

H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)病院名()
H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)病院名()
H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)病院名()
H, R, 西暦 妊娠 週 日 g(男・女)	年 月 日	妊娠方法:治療なし・タイミング・人工授精・体外受精(新鮮胚移植・凍結胚移植) 転帰:人工中絶・流産・死産・出産(経膈分娩・予定帝王切開・緊急帝王切開)病院名()

<裏面もご記入をお願いします>

- ラテックスアレルギーと指摘されたことはありますか。 ない ある ()
- アルコール綿花で皮膚が赤くなったことはありますか。 ない ある ()
- 採血で気分不良になったことはありますか。 ない ある ()

【アレルギー】

- 内服薬や注射薬のアレルギー反応を起こしたことはありますか。
ない ある(薬品名・症状)
- 喘息を診断されたことはありますか。
ない ある(□最終発作)
- 以下、喘息と診断されたことがある方は記入してください。
医師に解熱鎮痛薬の使用を注意されている。
特に注意はない *今までに使用したことのある解熱鎮痛薬を記入してください。
(キソニン・ボルタレン・市販のバファリン)
- 緑内障と診断されたことがありますか。
ない ある
- 心疾患の既往があり、不整脈・動悸・息切れ・立ちくらみなどはありますか。
ない ある ()
- てんかんと診断されたことはありますか。
ない ある
- 今までに手術の経験がありますか。
ない ある ()
- 分娩・流産・人工妊娠中絶などで出血多量や麻酔トラブル、その他の異常を経験したことはありますか。
ない ある ()
- 食品アレルギーはありますか。
ない ある ()
- その他のアレルギーはありますか。
ない ある ()

【既往・現病歴】

- 幼少期～現在までに受けた治療・手術についてすべてご記入ください。
- 現在、通院中の病院、使用している薬剤名をすべてご記入ください。

【嗜好品】

- タバコ 吸わない 吸っていたがやめた 吸う(1日 本 年)
アルコール 飲まない 飲む(1週間 回、1回量 ml程度)

夫、またはパートナーの方について

【既往・現病歴】

- 幼少期～現在までに受けた治療・手術についてすべてご記入ください。
- 現在、通院中の病院、使用している薬剤名をすべてご記入ください。

【嗜好品】

- タバコ 吸わない 吸っていたがやめた 吸う(1日 本 年)
アルコール 飲まない 飲む(1週間 回、1回量 ml程度)

*ご記入ありがとうございました。