

ID: _____

まつみレディースクリニック三田 問診票

記入年月日: 年 月 日

ふりがな お名前:	生年月日: 昭和・平成 年 月 日 (歳)		
ご住所: 〒			
ご連絡先: (電話)		(携帯)	
メールアドレス (任意):			
ご職業:	国籍:	身長: cm	体重 (非妊時): kg

★診察時に必要な情報ですので、記入漏れのないようお願いいたします。終わりましたら、受付にお渡しください。

ご希望の番号に○をしてください

- ① 院長 (混雑時や院長不在時は他医師でも可・不可)
 ② 女性医師(金曜日のみ)
 ③ 藤井医師(火曜日のみ)
 ④ 希望なし

1. 本日来院された理由を教えてください

- 精液検査 (禁欲期間: 日間)
 感染症検査 (人工授精検討されている方)
 奥様のお名前()・分かる方は診察券番号()

2. 今までの結婚や性交歴および妊娠・分娩歴についてお聞きします

- ・結婚していますか? はい (法律婚・事実婚) / いいえ
 ・将来子供がほしいですか? いいえ / ほしいが、今はまだいい / 今すぐほしい (ほしいと思ってから 年)

3. アレルギーや嗜好品についてお聞きします

- ・アレルギー: なし あり (食品: 薬剤: その他: / 症状)
 ・内服薬: なし あり ()
 ・喫煙歴: なし 以前吸っていた (本/日 歳から 歳まで) 現在吸っている (本/日 歳から)
 ・飲酒歴: なし 時々 毎日 ・一回の飲酒量と種類 (量: 何を:)

4. 既往歴や家族歴についてお聞きします

- ・いままでご病気にかかったことはありますか? はい / いいえ
 ()
 ・過去に手術を受けたことがありますか? はい / いいえ
 手術内容: (歳の時) 実施した病院名:

5. 当院をお知りになったきっかけは?

- インターネット (検索ワード:) 看板 チラシや雑誌 (雑誌名:)
 知人からの紹介 (紹介者氏名:) 他院からの紹介 (病院名: 紹介医師名:)

6. 不妊治療をご希望の方のみ、以下をご記入ください

・別の病院に今回の問題でかかったことがありますか？ ない / ある (病院名: / 年から)
→検査結果() →処方薬()