IF予診票200715

《 予 診 票 》

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　　日生(　　才)	生年月日	西暦　　年　　月　　日生(　　才)
	身長:　　cm　体重:　　kg		

結婚について	☐ 結婚（西暦　　年　　月） ☐ 再婚（西暦　　年　　月）	☐ 離婚（西暦　　年　　月） ☐ 未婚（西暦　　年　　月結婚予定）
Ⅰ 今回受診された理由は？	☐ 妊娠しない ☐ 妊娠するが流産・死産となる ☐ 体外受精・顕微授精を希望 ☐ 他医より紹介 ☐ その他（　　）	☐ 性生活がうまくいかない ☐ 不育検査を希望する（流産を予防するために） ☐ 着床検査を希望する（着床障害を予防するために） ☐ 胚（受精卵）の着床前検査を希望する
Ⅱ 月経について	① 最終月経 ：　　月　　日から　　日間	
	② 周期（始まりから次の開始までの日数）：	☐ 順調（　　日周期） ☐ 不順（　　日から　　日）
	③ 痛み （強い・少し・なし）	④ 月経量（多い・普通・少ない）

Ⅲ 妊娠について　（今までの妊娠回数　　回）

回数	西暦　　年　　月	妊娠週数	妊娠経過	児の性別・体重	病院名
1	年　　月	妊娠　　週 (妊娠　　ヶ月)	☐ 分娩(経膣・帝王切開)　☐ 中絶　☐ 死産 ☐ 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた）	男・女・不明 g	
2	年　　月	妊娠　　週 (妊娠　　ヶ月)	☐ 分娩(経膣・帝王切開)　☐ 中絶　☐ 死産 ☐ 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた）	男・女・不明 g	
3	年　　月	妊娠　　週 (妊娠　　ヶ月)	☐ 分娩(経膣・帝王切開)　☐ 中絶　☐ 死産 ☐ 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた）	男・女・不明 g	

Ⅳ 手術や大きな病気について

①	今までに経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか？	癌・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病（B型肝炎・C型肝炎・　　） 腎臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患 ・ その他(　　)
②	上記の為に、現在も飲まれている薬がありますか？	(　　)

③ 手術や大きな病気・入院についてお書き下さい。

西暦　年　月	病 名	手 術 名	病 院 名
年　月			
年　月			

④	子宮癌検診を受けられた事がありますか？	なし ・ あり（20　　年　　月）
⑤	クラミジア検査を受けられた事がありますか？	なし ・ あり（20　　年　　月）
⑥	ご主人の健康状態はいかがですか？ ☐ 異常なし　☐ 病気をもっている	癌・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病（B型肝炎・C型肝炎・　　） 腎臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患 ・ その他(　　)

Ⅴ	当クリニックまでの通院時間は？	約　　時間　　分　交通機関(　　)
Ⅵ	お仕事をされていますか？ ☐ なし　☐ あり　勤務時間(　　時 ～　　時）（ 常勤 ・ パート ： 職種　　）	
Ⅶ	この病院を受診したきっかけは？ ※複数回答可	主治医からの紹介 ・ 友人 ・ 家から近い ・ 当院ホームページ ・ オンライン診療 YouTube ・ SNS（Twitter・Instagram） ・ 地下鉄アナウンス　テレビ（番組名　　） 書籍・雑誌（タイトル　　）・広告（媒体　　）　その他

問診票

（署名）
氏名

①喘息（小児喘息を除く）にかかったことはありますか？ アスピリン喘息と診断を受けましたか？	はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 最終発作 （　　年　　月位）
②小児喘息にかかったことはありましたか？	はい ・ いいえ	
③緑内障といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	詳しい病名を教えて下さい （　　）
④ピリンアレルギーと言われたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 最終発作 （　　年　　月位）
⑤内服薬や注射でアレルギーを経験したことはありますか？	はい ・ いいえ	
いつ頃？	薬品名	症　状
年　月		
年　月		
⑥薬品以外で右記のアレルギーを経験したことはありますか？	はい ・ いいえ	ゴム ・アルコール綿 ・金属 ・フルーツ（　　） 食べ物（大豆・卵）・その他（　　） 症状（　　）
⑦心臓病・不整脈といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 治療中（薬品名　　）・現在治療なし
⑧てんかんを指摘されたことがありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　）
⑨バセドウ病（甲状腺機能亢進症）といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 治療中（薬品名　　）・現在治療なし
⑩橋本病（甲状腺機能低下症）といわれたことはありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 治療中（薬品名　　）・現在治療なし
⑪現在治療中の病気はありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（ 病名（　　）
⑫歯科などの局所麻酔でトラブルはありましたか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 症状（　　）
⑬手術や麻酔のトラブル・その他の異常な症状がありましたか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 症状（　　）
⑭血が止まりにくかった経験はありますか？	はい ・ いいえ	
⑮今まで過呼吸・パニック症状が起こったことがありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 原因（　　）
⑯精神科、心療内科に通院していますか？または通院していたことがありますか？	はい ・ いいえ	いつ頃（　　） 病名（　　）
⑰喫煙していますか？ 同居のご家族で喫煙されている方はいますか？	はい ・ いいえ はい ・ いいえ	本数：　　本/1日くらい　期間（　　年間） ご主人・両親・その他（　　）

確認日　　年　　月　　日　　看護師 [ ] [ ]　薬剤師 [ ]

IF問診票20180320

薬を安全にご使用いただくためにご協力をお願いします。

記入日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

（待ち時間の間に）下記の質問にお答えください。該当するものを〇で囲んで下さい。

（ID　　）氏名

① 今までに薬で副作用が起きたことがありますか。

いいえ　・　はい

［はいの場合］ その時の副作用の症状を教えてください

副作用症状の具体例　発疹　発熱　下痢　呼吸困難　めまい　ショック　など

	原因薬剤名	副作用症状
・鎮痛剤	薬剤名［　　］	［　　］
・抗生物質	薬剤名［　　］	［　　］
・ピル、ﾎﾙﾓﾝ剤	薬剤名［　　］	［　　］
・排卵誘発剤	薬剤名［　　］	［　　］
・ステロイド	薬剤名［　　］	［　　］
・高脂血症治療剤	薬剤名［　　］	［　　］
・その他	薬剤名［　　］	［　　］

血液をサラサラにする薬（低用量アスピリン・ワーファリン・エパデール（EPA）等）を服用していますか？

いいえ　　低用量アスピリン：商品名　バイアスピリン、バファリン

はい　　薬剤名［　　］

② 他に治療中につき内服されている薬やサプリメントはありますか？（ご夫婦すべて記載してください）

妻

いいえ　　薬剤名［　　］

はい

夫／パートナー

いいえ　　薬剤名［　　］

はい

ご協力ありがとうございました。

医師 □　　担当看護師 □ □　　薬剤師 □

（　薬剤師の問診　有　・　無　）

＊問診有の場合、具体的にどのようなことを確認するか指示の記載お願いします。

［　　］