診療申込書

受診日：西暦　　2022　年　04 月　07　日 カルテNo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | チン ティ トゥ チャン | 職業 | 生年月日 | Ｓ・Ｈ・Ｒ 1991　年　06　月　18　日 (　31　　歳) |
| 本人の氏名 | Trinh Thi Thu Trang | アルバイト |
| 本人 | 身長： 　162　　　cm　体重：　 52　　kg |
| 住所 | 〒　900-0024  沖縄県那覇市古波蔵2丁目2－22 レオパレス MIYASHIRO 205 | | | |
| 電話番号 | 自宅：　　　―　　　　― | | 携帯：　070―4485―7376 | |
| 職場：　　　―　　　　― | | 緊急連絡先：　070―4202―7206　　 　　(続柄:　　) | |
| 本人の結婚 | 西暦　2017年12月　初婚 (27歳)　離婚 (　　　　歳)　再婚 (　　　歳) | | | |
| 未婚の方 | ﾊﾟｰﾄﾅｰは結婚歴はありますか？　いいえ ・ はい（お子さん　有 (　　　人) ・ 無 ） | | | |
| ふりがな | ド ミン トウン | 職業 | 生年月日 | Ｓ・Ｈ 1991年06月 09日　(31歳) |
| ご主人の氏名 | Do Minh Tung | 会社員 | 健康状態 | 良　　・　　否 |
| ﾊﾟｰﾄﾅｰ結婚 | (　　　歳)　　初婚・再婚 (　 　回目)　前妻とのお子さん 有 (　　　人) ・ 無 | | | |
| 出身地 | 女性(　　　　 ) 男性(　　　　 ) | | ご主人 | 身長： 　　　　cm　体重：　 　　　kg |
| 下記の質問にお答え下さい。（記入された方は、受付にお渡し下さい。） Ⅰ．今回の受診理由(あてはまるものに○印をつけてください。複数回答可)  　①妊娠希望　②不育症(流産が多い)　③その他(　　　　　　　）(不妊歴　　　年　　ヶ月)  　聞きたいこと・気になることがございましたら、自由にお書き下さい。  Ⅱ．家族について  　家族の中で特別な病気の方がいますか。　　　いる　　・　いない  　結核　・　高血圧　・　糖尿病　・　 癌 　・　遺伝病　・その他( )  　続柄： （　　）　（ 　　）　 （ 　　）　 （　　　） （　　　） （　　　　　　） Ⅲ．今までかかった病気について(婦人科以外も含めて)  ①病気になったり、手術を受けたことがありますか。　　　有　・　無  ・ 主な病気は 心臓疾患・甲状腺疾患・肝疾患・高血圧・糖尿病・喘息・虫垂炎・精神疾患  ・ 喘息（　有　・　無　）(時期：　　　　　　　)　　小児喘息（　　有　　・　　無　　）  ・緑内障（　有　・　無　）  ・通院中の病院名：（　　　　　　　）　病名：（　　　　　　　　　）  ・服用中の薬はありますか？　無・有(薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ･ 手術は  術名：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳）(　　　　年　　月)　病院名： | | | | |
| 術名：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳）(　　　　年　　月)　病院名： | | | | |
| ② アレルギー体質ですか。　　いいえ　・　はい  　 ・卵　・　大豆　・　ヤシ油　・　ココナッツ　・　その他 ( )  ④ 今までお薬や注射で副作用(じんましん等)をおこしたことがありますか。  いいえ　・　はい（薬剤名：　　　　　　　　　　） Ⅳ．輸血を受けたことがありますか。　いいえ ・ はい  　　宗教上の理由で輸血ができない等ありますか。 いいえ ・ はい Ⅴ．子宮ガン検診を受けたことがありますか。  　　いいえ　・はい（　　　年　　月/　異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査要　) Ⅵ．喫煙・飲酒について  　　　喫煙：しない　・　する　(1日　　本)　　　飲酒：しない　・　する　（1週間に　　日) Ⅶ．健康診断を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい ( 西暦　　 　年　　　 月) | | | | |

# Ⅷ．あなたの月経について

　　①月経周期は　順調・ 不順 ( 　 ～ 　日型)　②　月経は何日ぐらい続きますか（　 ～ 　日間)

　　③月経の量は　　多い(1-2cm以上のかたまりがでる)　・　普通　・　少ない

　　④月経痛は　　無　・有　(下腹痛　・腰痛　・その他　　　　　　　　　　　)

　　⑤初めての月経(初経)は　(　　　歳）

　　⑥月経前に不快な症状はありますか　無 ･ 有 ( 頭痛・吐気嘔吐・倦怠感・気分の落ちこみ )

　　⑦最後の月経はいつですか 　　　月　　日 ～　　　日間

⑧産婦人科を受診したことはありますか？

( いいえ ・ はい　【受診内容：　　　　　　いつ頃：　　　　　病院名：　　　　　　　　　】) Ⅸ．不妊治療について

　基礎体温は測定していますか　はい・いいえ 【「はい」の場合:□アプリ(ルナルナ・それ以外) □表】

　性交渉の頻度は　　(　　　　回/月)

　今までに不妊の検査や治療を受けたことがありますか　　　無　・　有

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年月日　週数　妊娠は？ | 経　　過 | | 病院名 |
| 1 | 年　　　月　　　日　　自然  (　　　　歳)　　　　　週　　　治療後 | 流産 ・ 中絶 ・ 分娩 (自然 ・ 吸引 ・ 帝切) ・ その他  　　( 男 ・ 女　　　・　　　　　　　　ｇ)　　　　　 （　　　　　　） | |  |
| 月経再開日：西暦　　　　　　年　　　月から | | 授乳期間：西暦　　　　　年　　　月～　　　月 | |
| 2 | 年　　　月　　　日　　自然  (　　　　歳)　　　　　週　　　治療後 | 流産 ・ 中絶 ・ 分娩 (自然 ・ 吸引 ・ 帝切) ・ その他  　　( 男 ・ 女　　　・　　　　　　　　ｇ)　　　　　 （　　　　　　） | |  |
| 月経再開日：西暦　　　　　　年　　　月から | | 授乳期間：西暦　　　　　年　　　月～　　　月 | |
| 3 | 年　　　月　　　日　　自然  (　　　　歳)　　　　　週　　　治療後 | 流産 ・ 中絶 ・ 分娩 (自然 ・ 吸引 ・ 帝切) ・ その他  　　( 男 ・ 女　　　・　　　　　　　　ｇ)　　　　　 （　　　　　　） | | |
| 月経再開日：西暦　　　　　　年　　　月から | | 授乳期間：西暦　　　　　年　　　月～　　　月 | |
| 4 | 年　　　月　　　日　　自然  (　　　　歳)　　　　　週　　　治療後 | 流産 ・ 中絶 ・ 分娩 (自然 ・ 吸引 ・ 帝切) ・ その他  　　( 男 ・ 女　　　・　　　　　　　　ｇ)　　　　　 （　　　　　　） | |  |
| 月経再開日：西暦　　　　　　年　　　月から | | 授乳期間：西暦　　　　　年　　　月～　　　月 | |
| 5 | 年　　　月　　　日　　自然  (　　　　歳)　　　　　週　　　治療後 | 流産 ・ 中絶 ・ 分娩 (自然 ・ 吸引 ・ 帝切) ・ その他  　　( 男 ・ 女　　　・　　　　　　　　ｇ)　　　　　 （　　　　　　） | | |
| 月経再開日：西暦　　　　　　年　　　月から | | 授乳期間：西暦　　　　　年　　　月～　　　月 | |

病院名: 期間： 備考：病院名: 期間： 備考：病院名: 期間： 備考：

どのような検査や治療を受けましたか(あてはまるものに○印をつけてください。) 卵管造影(　　　年　　　月　　　歳 ) （病院名：　　　 　　　　） □正常　　□異常

　　通水(　　　年　　　月 )　□正常　□異常 ヒューナーテスト(性交後子宮に精子があがっているかチェックする検査) □正常　□異常 排卵誘発剤　　飲み薬：□クロミッド　□セキソビット

　　　　　　　　　注　射：□ｈＭＧ注射　□ｈＣＧ注射　□その他(　　　　　)

　　精液検査　　　　回　□正常　□異常

　　AIH(人工授精)　　　　回　（病院名：　　　　　　　　　）

　　採卵　　　　回 （病院名：　　　　　　　　　　　　）

　　胚移植　　　回 (体外受精：　　　回 ・ 顕微授精：　　　回)　(病院名：　　　　　　　　）

　　腹腔鏡　　　　年　　月　　歳の時(病院名：　　　　　　　　　　　)

　　子宮鏡下卵管通水：　　　　年　　月　　歳のとき(病院名:　　　　　　　　　)

　　その他：

# Ⅹ．あなたの妊娠、分娩について

　①妊娠したことがありますか　　　無　・ 有妊娠　　　回 分娩　　　回 自然流産　　　回 人工中絶　　　回 異所性妊娠(外妊)　　　回