

問診票(POI用)

お名前 _____ 年齢 _____ 才
 配偶者/パートナー _____ 才 職業 _____

相談内容

- 妊娠するための積極的な治療を希望
 - 未婚のため、将来の妊娠に備えた検査・治療を希望
 - 妊娠を考えていないので、ホルモン補充等で体調を整える治療を希望
- 早発閉経・早発卵巣不全と診断された医療機関名(_____)

- 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ kg/m² (医師が記載します)
- 急激な体重の変化(無・有 _____)
- 激しいスポーツの経験(無・有 _____)
- くすりや食べ物にアレルギーはありますか? (無・有 _____)
- 現在治療中の病気 (無・有(喘息・甲状腺・糖尿病・高血圧・その他 _____))
- これまでかかった病気、受けた手術
 _____ 才 (_____ 病院)
- _____ 才 (_____ 病院)
- _____ 才 (_____ 病院)
- 現在内服しているお薬があれば教えてください
 (_____)
- タバコは吸いますか?
 (吸ったことがない・以前吸っていた・現在も吸っている (_____)本/日)
- お酒は飲みますか?
 (飲まない・月に数回飲む・週に数回飲む)
- 1日のだいたいの睡眠時間 _____ 時間
- 経口避妊薬/低用量ピルの内服歴(早発閉経前) _____

未婚・結婚 _____ 才・近々結婚予定・離婚 _____ 才・再婚 _____ 才

性交の経験はありますか? (無・有) 現在性生活 (無・有)

最後の月経はいつでしたか? 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

初めての月経は _____ 才 閉経 _____ 才

- 月経について 周期は(順調・不順) _____ ~ _____ 日型
- 持続は _____ 日間
- 出血量は (多・中・少)
- 月経痛は (無・有(日常生活にさしつかえない・鎮痛剤をのむ・横になるほどひどい))
- 初経以降の月経歴(婦人科での詳しい治療歴は後述)
 (何歳頃から・どのような生理不順となったか、婦人科でホルモン治療を開始したのは何歳頃か)

最後に婦人科を受診したのは：未・西暦_____年___月___日
最後に子宮がん検診を受けたのは：未・西暦_____年___月___日（異常なし・異常あり）
最後に骨密度検査をしたのは：未・西暦_____年___月 結果_____
治療（無・有_____）

妊娠・出産があれば記載下さい（分娩___回、流産___回、人工中絶___回）

①	西暦	年	月	日、流産・経膣分娩・帝王切開（ ）か月（体重	g,	男・女、	病院）
②	西暦	年	月	日、流産・経膣分娩・帝王切開（ ）か月（体重	g,	男・女、	病院）
③	西暦	年	月	日、流産・経膣分娩・帝王切開（ ）か月（体重	g,	男・女、	病院）
④	西暦	年	月	日、流産・経膣分娩・帝王切開（ ）か月（体重	g,	男・女、	病院）
⑤	西暦	年	月	日、流産・経膣分娩・帝王切開（ ）か月（体重	g,	男・女、	病院）
⑥	西暦	年	月	日、流産・経膣分娩・帝王切開（ ）か月（体重	g,	男・女、	病院）

★上記 妊娠歴でのトラブル（あれば）

- ホルモン剤を使用せずに来た最後の自然の生理
西暦_____年___月（_____歳）頃
- ホットフラッシュ症状（のぼせ・顔面の紅潮・突然の発汗など）の自覚
（無・有（西暦_____年___月頃～西暦_____年___月頃））
- 卵巣に対する手術経験（無・有）
⇒有の場合（左・右・両側）
手術日 西暦_____年___月頃 病名_____ 術式（開腹・腹腔鏡）
手術日 西暦_____年___月頃 病名_____ 術式（開腹・腹腔鏡）
手術日 西暦_____年___月頃 病名_____ 術式（開腹・腹腔鏡）
手術日 西暦_____年___月頃 病名_____ 術式（開腹・腹腔鏡）
- 悪性腫瘍の治療経験（無・有）
⇒有の場合
病名_____
- ☑手術（無・有）
西暦_____年___月頃 術式（開腹・腹腔鏡・_____）
- ☑抗がん剤の使用（無・有）
薬剤名_____
- 使用期間（西暦_____年___月頃～西暦_____年___月頃）
- ☑放射線治療（無・有）
治療期間（西暦_____年___月頃～西暦_____年___月頃）
照射場所（_____）

• ホルモン補充 ・ 排卵誘発治療 歴

①医療機関名 _____ 都道府県名 _____

受診時年齢 _____ 歳 ~ _____ 歳

薬剤名

②医療機関名 _____ 都道府県名 _____

受診時年齢 _____ 歳 ~ _____ 歳

薬剤名

③医療機関名 _____ 都道府県名 _____

受診時年齢 _____ 歳 ~ _____ 歳

薬剤名

④医療機関名 _____ 都道府県名 _____

受診時年齢 _____ 歳 ~ _____ 歳

薬剤名

⑤医療機関名 _____ 都道府県名 _____

受診時年齢 _____ 歳 ~ _____ 歳

薬剤名

• 家族の病歴

続柄	病名	早発卵巣不全	自己免疫疾患 (膠原病を含む)	先天性疾患 (精神発達遅延を含む)
父		-----	無・有・不明	無・有・不明
母		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
父方の	祖父	-----	無・有・不明	無・有・不明
	祖母	無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
母方の	祖父	-----	無・有・不明	無・有・不明
	祖母	無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
姉妹		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
兄弟		-----	無・有・不明	無・有・不明
		-----	無・有・不明	無・有・不明
父方の	おじ	-----	無・有・不明	無・有・不明
	おば	無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
母方の	おじ	-----	無・有・不明	無・有・不明
	おば	無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
兄弟姉妹の子	おい	-----	無・有・不明	無・有・不明
	めい	無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
お子さん		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明

• <有> の方で、記載欄が足りない場合は下の欄に記入してください。

続柄	病名	早発卵巣不全	自己免疫疾患 (膠原病を含む)	先天性疾患 (精神発達遅延を含む)
		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明
		無・有・不明	無・有・不明	無・有・不明

予約や検査の日時変更で、こちらから連絡を差し上げることがあります。
差支えなければ携帯電話の番号の記載をお願いします。