

問診票

本人	ふりがな	身長： cm	体重： kg
	氏名 歳	血液型： 型 Rh(+・-)	職業：
夫 (パートナー)	ふりがな	身長： cm	体重： kg
	氏名 歳	血液型： 型 Rh(+・-)	職業：

1. 受診された目的はどれですか？（複数選択可） 不妊期間： 年 か月

- 異常がないか検査を受けたい
- 不妊治療を受けたい（治療歴：あり・なし）
  - タイミング療法     人工授精     体外受精
- 相談したい \_\_\_\_\_
- セカンドオピニオン（通院施設： \_\_\_\_\_）

2. アレルギー、嗜好品について

薬物アレルギー：なし・あり（ <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
*薬品名が分かる場合、記入して下さい（ _____ ）
食物アレルギー：なし・あり（ <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
その他：なし・あり（ <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
喫煙：吸わない・やめた（ _____ 歳まで）・吸う（ _____ 本/日、 _____ 歳から）
飲酒：飲まない・飲む（ _____ 回/週）
常用薬剤：なし・あり（ _____ ）

3. 持病、既往歴について

※子宮・卵巣などの婦人科疾患だけでなく、喘息、クラミジア感染、高血圧、糖尿病、甲状腺機能異常、自己免疫疾患、遺伝病などの持病についてもご記入下さい。

病名	発病年齢	時期(年月)	治療経過	治療施設
	歳	年 月	治療済・治療中・未治療	
	歳	年 月	治療済・治療中・未治療	
	歳	年 月	治療済・治療中・未治療	
	歳	年 月	治療済・治療中・未治療	

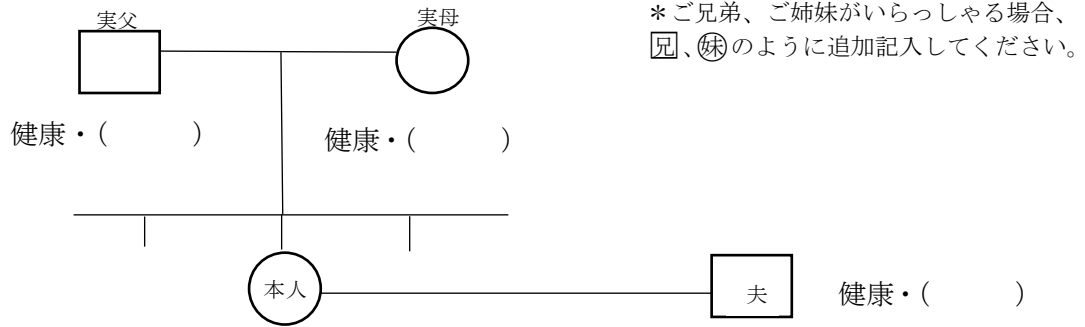
4. 手術歴について

病名	手術名	年齢	時期(年月)	実施施設	合併症や輸血など
		歳	年 月		
		歳	年 月		
		歳	年 月		

5. お体で不自由なところはありますか？

- ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

6. 家族歴について（高血圧、糖尿病、がん、遺伝性の疾患がある場合、カッコ内にご記入ください。）



7. 夫婦生活について

- ・頻度： 回/週・月      性交痛（なし・あり）
- ・夫について：勃起できない・挿入できない・射精できない  
 激務・単身赴任中（国内・海外）

8. 婚姻歴について

本人	<input type="checkbox"/> 初婚	入籍年月日： 年 月 日 ( 歳)
	<input type="checkbox"/> 再婚	離婚年月日： 年 月 日 ( 歳) 再婚年月日： 年 月 日 ( 歳) 前夫との子：なし・あり
	<input type="checkbox"/> 未婚	入籍予定：なし・あり (20 年 月)
夫 (パートナー)	<input type="checkbox"/> 初婚	
	<input type="checkbox"/> 再婚	前妻との子：なし・あり

9. 妊娠歴について（あり・なし） 化学的妊娠（あり・なし）

年月日 (年齢)	妊娠	妊娠経過	週数	児の性別 出生体重	妊娠中や分娩時の異常	病院名
20 年 月 日 ( 歳)	自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	週	男・女 g		
20 年 月 日 ( 歳)	自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	週	男・女 g		
20 年 月 日 ( 歳)	自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	週	男・女 g		
20 年 月 日 ( 歳)	自然・タイミング療法 人工授精・体外受精	経膈分娩・帝王切開 流産・異所性妊娠・中絶	週	男・女 g		

10. 月経について

最終月経：20 年 月 日～	授乳：なし・あり・断乳後 ( か月)	初経年齢： 歳
月経周期： ～ 日 (月経周期不順：なし・あり)	持続期間： 日間	
月経量：多・普通・少	月経痛：無・軽・中・重 (下腹部痛・腰痛・頭痛・吐き気) (鎮痛剤 なし・あり)	
その他の症状 不正出血・乳房腫瘍・異常乳汁 (漏出)・その他 ( )		

1 1. 検査・治療歴について

受けた検査に○をして記入してください。

	子宮頸がん検診	20 年 月 日	正常・異常：
	風疹抗体検査	20 年 月 日	正常・異常： ワクチン接種 有・無
	麻疹抗体検査	20 年 月 日	正常・異常： ワクチン接種 有・無
	ホルモン検査	20 年 月 日	正常・異常：
	AMH(抗ミュラー管ホルモン)	20 年 月 日	正常・異常：
	TSH(甲状腺刺激ホルモン)	20 年 月 日	正常・異常：
	抗精子抗体	20 年 月 日	正常・異常：
	子宮卵管造影検査	20 年 月 日	正常・異常：
	クラミジア検査	20 年 月 日	正常・異常：
	フーナーテスト	20 年 月 日	正常・異常：
	精液検査	20 年 月 日	正常・異常：
	肝炎 (B 型、C 型)	20 年 月 日	正常・異常：
	梅毒	20 年 月 日	正常・異常：
	HIV	20 年 月 日	正常・異常：

①病院名： \_\_\_\_\_、20 年 月 日～20 年 月 日

②病院名： \_\_\_\_\_、20 年 月 日～20 年 月 日

受けた治療に○をして記入して下さい。

	タイミング療法	回	自然周期・クロミッド・注射・他
	人工授精	回	自然周期・クロミッド・注射・他
	体外受精 (採卵)	回	ロング法・ショート法・アンタゴニスト法 クロミッド法・クロミッド+HMG/FSH 法・自然周期法
	新鮮胚移植	回	
	凍結融解胚移植	回	完全自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期

1 2. 診察、治療についてご本人の希望はありますか？

\_\_\_\_\_

1 3. ご主人様は、不妊治療についてどのようにお考えですか？

\_\_\_\_\_

1 4. 受診・治療について不安はありますか？当てはまるところに○をつけてください。

とても不安・少し不安・あまりない・まったくない

1 5. 当院を何で知りましたか？

紹介 (かかりつけ医・友人・家族)

看板を見て (駅構内・当ビル・その他)

口コミサイト

その他 ( \_\_\_\_\_ )

Nsサイン