

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		職業：

※ 血液型につきましては、検査データがあれば持参してください。

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 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"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
喫煙：吸わない・吸う（ _____ 本/日、 _____ 歳から）
飲酒：飲まない・飲む（ _____ 回/週）
喘息：なし・あり 発症年齢 _____ 歳 西暦 _____ 年 _____ 月 最終発作 西暦 _____ 年 _____ 月 現在治療 なし・あり 使用薬剤（ _____ ）
麻酔を受けたことが なし・あり 麻酔の種類 全身麻酔・局所麻酔 *歯科の麻酔を含む 麻酔によるトラブル なし・あり（ _____ ）
常用薬剤：なし・あり（ _____ ）

3. 持病、既往歴について

※ 子宮・卵巣等の婦人科疾患だけでなく、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、遺伝病等の持病もご記入ください。

病名	発病年齢 時期(西暦 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	

4. 手術歴について

病名	手術名	年齢 時期(西暦 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

糖尿病の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
高血圧の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
癌の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
重篤な遺伝病の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
その他の病気	:	()				

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：20 年 月 日 (歳)
	<input type="checkbox"/> 再婚	離婚年月日：20 年 月 日(歳) 再婚年月日：20 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) 化学流産 (あり・なし)

※ 化学流産とは子宮内に胎嚢 (赤ちゃんの袋) が見えないごく初期の妊娠/流産のことです。

妊娠	妊娠経過	年月日 (年齢)	週数	児の性別 出生体重	妊娠中や分娩時の異常	病院名
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	20 年 月 日 (歳)	週	男・女 g		
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	20 年 月 日 (歳)	週	男・女 g		
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	20 年 月 日 (歳)	週	男・女 g		
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	20 年 月 日 (歳)	週	男・女 g		

10. 月経について (最近3ヶ月の状況) 本日生理 日目

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・異常乳汁 (漏出)・その他 ()		

1 1. 今までに行った不妊に関する検査 *以下に関する検査データがあれば持参してください。

血液型
子宮頸がん検査
風疹抗体検査
麻疹抗体検査
成人以後の風疹ワクチン接種
成人以後のMR麻疹風疹ワクチン接種
クラミジア抗体検査(血液)
クラミジア抗原検査(おりもの)
TSH(甲状腺刺激ホルモン)
ホルモン検査 生理中
ホルモン検査 高温期

AMH(抗ミュラー管ホルモン)
抗精子抗体検査
フーナー検査
子宮卵管造影検査
精液検査
B型肝炎
C型肝炎
梅毒
HIV

1 2. 不妊に関する治療歴

①病院名: _____、20____年____月~20____年____月まで
 受けた治療に○をして記入して下さい。

	タイミング療法	回	使用した薬剤:
	人工授精	回	使用した薬剤:
	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
	胚移植	回	ホルモン補充療法周期・自然周期
	その他		

②病院名: _____、20____年____月~20____年____月まで
 受けた治療に○をして記入して下さい。

	タイミング療法	回	使用した薬剤:
	人工授精	回	使用した薬剤:
	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
	胚移植	回	ホルモン補充療法周期・自然周期
	その他		

1 3. 診察、治療についてご本人の希望はありますか?

1 4. 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 5. 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

以下は、ご主人についてお答えください。

1. 現在の健康状態 健康 病気あり ()

2. 常用薬 なし あり ()

3. 今までに病気にかかったことがありますか？

精巣疾患・甲状腺疾患・放射線治療・鼠径ヘルニア・おたふく・外陰部の外傷を含む

なし あり (歳 病名 ;)

4. アレルギー、嗜好品など

薬物アレルギー なし あり ()

食物アレルギー なし あり ()

その他のアレルギー なし あり ()

喘息 なし あり

喫煙 なし あり (本/日)

飲酒 なし あり (毎日 ・ 時々)

5. 生活習慣について

サウナや熱めのお風呂によくは入りますか？ いいえ 時々 よくはいる

自転車やバイクに良く乗りますか？ いいえ 時々 よく乗る

6. 精液検査を希望しますか？

する しない (理由 :)

7. その他気になることやご質問があればご記入ください。

Ns サイン【 】

受付用紙

20 年 月 日

★保険証と一緒に受付に提出してください。

ふりがな		性別	男・女
氏名		年齢	才
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	〒 -		
電話	自宅 () - 携帯 () -		
メールアドレス	@		
新患教室受講の有無	有 (月 日) ・ 無		
レニア会医療機関を受診したことがある場合はご記入ください。 アルテミス ウイメンズ ホスピタル ID: きよせの森 コミュニティクリニック ID: あおぞら レディス クリニック ID:		備考	

20200130J