

# 問診表

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏名		ご主人の氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
職業		職業	
住所	(〒 - )	住所	(〒 - )
携帯電話		携帯電話	
健康状態	身長 cm ・ 体重 kg	健康状態	

※クリニックから連絡をする際、当院名を告げても宜しいですか？ ( はい ・ いいえ )

当てはまるところに○をつけてください。

1. ご結婚はいつですか？ (西暦 年 月 日 歳)

離婚・再婚をされていたらお答えください。離婚 (西暦 年 月 日)

2. 妊娠にトライし始めてからの期間 ( 年 カ月)

夫婦生活について※答えたくない場合は記入不要 頻度 ( 回/月) 性交痛や性交障害が ( ある ・ ない )  
基礎体温表はつけていますか？ ( はい ( アプリ ・ 紙 ) ・ いいえ )

3. 月経についてお答えください。

① 月経が始まった年齢はいつですか？ ( 歳)

② 普通の月経は順調ですか？ ( はい ( 日周期) ・ いいえ (早いと 日周期位、遅いと 日周期位) )

③ 月経は何日間くらいありますか？ ( 日間位)

④ 月経時、体の具合が悪い時、薬を飲みますか？ ( はい ( ) ・ いいえ )

⑤ 一番最近の月経はいつでしたか？ ( 月 日から 日間)

4. 今までにほかの病院で検査を受けたことがありますか？ 検査結果、検査した年 (西暦) をわかる範囲でご記入ください。

子宮がん検診 ( 年 月 正常 ・ 異常 ・ 不明 )

子宮卵管造影 ( 年 正常 ・ 異常 ・ 不明 ) / ホルモン検査 ( 年 正常 ・ 異常 ・ 不明 )

フーナーテスト ( 年 正常 ・ 異常 ・ 不明 ) / 精液検査 ( 年 正常 ・ 異常 ・ 不明 )

子宮鏡検査 ( 年 正常 ・ 異常 ・ 不明 ) / その他 \_\_\_\_\_ ( 年 )

5. 今までに妊娠するための治療を受けたことがありますか？

タイミング指導 ( 周期) ・ 排卵誘発 (内服: 周期/注射: 周期) ・ 人工授精 ( 周期)  
体外受精/顕微授精 ( 周期)

※分かる範囲で結構ですので下記に詳細をご記入ください。

採卵	体外受精/顕微授精	刺激方法	採卵回数	凍結回数	特記事項
移植	新鮮胚移植/融解胚移植	移植方法 (自然 or ホルモン補充)	移植回数	結果(妊娠判定)	特記事項
例	H28/10/12	顕微授精	アンタゴニスト法	※個	※個
	H29/01/05	融解胚移植	ホルモン補充周期	※個	妊娠判定(※)
1	H / /				
2	H / /				
3	H / /				
4	H / /				
5	H / /				

6. 当院で希望する治療は何ですか？ (複数○印可)

一般不妊治療・検査 / 人工授精 / 体外受精 (顕微授精) / 不妊カウンセリング / その他 ( )  
治療・検査は ( 保険の範囲内で希望 / 自費の検査も含めて必要な検査・治療希望 )

裏面もご記入ください

**7. あなたの妊娠、分娩についてお答えください。**

今までに妊娠したことがありますか？（流産・人工中絶も含め）（ はい ・ いいえ ）

→はいと答えた方は、年齢の記入、当てはまるところに○印をお願いします。

年齢	妊娠の経過					お産			産後				お子様		
	正常	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎	人工中絶	正常	かんし	帝王切開	正常	異常	男	女	出生時体重/週数		
歳													g/	週	日
歳													g/	週	日
歳													g/	週	日

**8. 今までにかかった病気や、受けた手術についてお答えください。**

①婦人科系の病気（子宮筋腫・卵巣の腫など）を言われたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

→はいと答えた方は、年齢、治療時期の記入、当てはまるところに○印をお願いします。

年齢	病名	治療経過						治療時期	
		経過観察	ホルモン治療	開腹手術	腹腔鏡下手術	子宮鏡下手術	その他	経過観察以外の場合は、各治療の治療時期を記入してください。	
歳									
歳									

②今までに（現在も含む）、通院を必要とする病気にかかったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

→はいと答えた方 年齢（ 歳） 病名（ ）

③今までに手術を必要とする病気にかかったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

→はいと答えた方 年齢（ 歳） 病名（ ）

④感染症にかかったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

→はいと答えた方：それはどのような感染症ですか？

年齢（ 歳） 〈 B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV・クラミジア・その他（ ） 〉

⑤風疹にかかったことはありますか？ 〈 はい（ 歳） ・ いいえ ・ 不明 〉

風疹の抗体価を調べたことがありますか？ 〈 はい（ 歳：抗体価 倍・不明 ） ・ いいえ ・ 不明 〉

風疹のワクチンを接種したことがありますか？ 〈 はい（ 歳） ・ いいえ ・ 不明 〉

⑥ご家族にがん・脳梗塞・糖尿病・高血圧などの持病をお持ちの方はいますか？（ はい ・ いいえ ）

→はいと答えた方 具体的に（ ）

**9. 現在飲んでいる薬はありますか？** 〈 はい（薬品名： ） ・ いいえ 〉

**10. 喘息はお持ちですか？** 〈 はい（最終発作 年 月） ・ いいえ 〉

**11. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？** ※薬の副作用も含む（ はい ・ いいえ ）

→はいと答えた方：それは何によるものでしたか？

（ ）

**12. ご夫婦の嗜好品についてお答えください。**

ご本人 たばこ： 吸わない 吸う（ 本/日） 吸っていた（ 歳頃～ 歳頃まで）

アルコール： 飲まない 時々飲む（ 回/週） ほぼ毎日飲む（ ml/日）

ご主人 たばこ： 吸わない 吸う（ 本/日） 吸っていた（ 歳頃～ 歳頃まで）

アルコール： 飲まない 時々飲む（ 回/週） ほぼ毎日飲む（ ml/日）

**13. 他院からの紹介状をお持ちですか？**（ はい ・ いいえ ） ※紹介状をご持参の方は受付に提出をお願いします。

**14. こちらのクリニックを何でお知りになりましたか？**（ ）

**15. 気になる事、心配な事、医療スタッフへの要望など、ご自由にご記入ください。**

[ ]