

# 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、当院名を告げてもらっても直しいですか？ ( はい ・ いいえ )

当てはまるところに○をつけてください。

- 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)
- 妊娠にトライし始めてからの期間 ( 年 ヵ月)  
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 )
- 月経についてお答えください。
  - 月経が始まった年齢はいつですか？ ( 歳)
  - 普段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) )
  - 月経は何日間くらいありますか？ ( ) 日間位
  - 月経時、体の具合が悪い時、薬を飲みますか？ ( はい ( ) ・ いいえ )
  - 一番最近の月経はいつでしたか？ 月 日から ( ) 日間
- 今までに他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)を分かる範囲でご記入ください。  
子宮卵管造影 ( 年 正常・異常・不明 ) 超音波検査 ( 年 正常・異常・不明 )  
フナーテスト ( 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 )
- 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/顕微授精新	刺激方法	採卵個数	凍結個数	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)	移植個数	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/ 1/ 5 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) 不妊相談 その他 ( )

※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		お子さん				
	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・卵巣のう腫など)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	
歳								経過観察以外の場合は、各治療の治療時期を記入して下さい。
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がありますか？ 〈 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 〉

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下さい。

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/検査結果をご持参の方は、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。

[ ]