

問診票

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
妻氏名		夫氏名	
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	
メールアドレス	@	メールアドレス	@
健康状態	身長 cm 体重 kg 血圧 /	健康状態	身長 cm 体重 kg 血圧 /

———以下の設問に回答をお願いします———

クリニックから連絡をする際、当院名を告げて可宜しいですか？ [はい・いいえ]

マイナ保険証による診療情報(薬剤/健診情報等を含む)取得に同意しますか？ [はい・いいえ]

●婚姻歴について

ご結婚はいつですか？ 西暦 年 月 日 (歳) ・ 婚約中 ・ 事実婚

離婚歴はありますか？ [なし・あり (妻 ・ 夫 : 西暦 年 月 日 (歳))]

●妊活について

妊活を始めてからの期間 年 カ月

夫婦生活(性交渉)の頻度 回/月

性交痛や性交障害 [なし・あり]

●月経について

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、遅いと 日周期)]

月経は何日間くらいありますか？ 日間くらい

月経時に体の具合が悪い時、薬を飲みますか？ [はい(薬品名:) ・ いいえ]

一番最近の月経はいつでしたか？ 月 日から 日間

●検査歴について

他院で検査を受けたことがありますか？

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

●不妊治療について

他院で不妊治療を受けたことがありますか？[なし・あり(西暦 年 月頃から)]

・ 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

採卵日		体外受精/顕微授精	刺激方法	採卵個数	凍結個数	特記事項
移植日		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)	
例	2021/10/12	顕微授精	アンタゴニスト法	10個	1個	初期胚凍結
	2022/12/15	融解胚移植	ホルモン補充周期	1個	(+)	
1						
2						
3						
4						
5						

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()]

※裏面もご記入ください※

●妊娠・分娩歴について

今までに妊娠したことがありますか？(流産・人工中絶を含める) [はい ・ いいえ]
当てはまるところに記入・○印をお願いします。

年齢	妊娠経過					お産		産後		児		
	正常	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎	人工中絶	正常	帝王切開	正常	異常	男	女	出生児体重/週数
歳												g/ 週 日
歳												g/ 週 日
歳												g/ 週 日

●これまでにかった病気や手術について

婦人科系の病気(子宮筋腫など)にかかったことがありますか？ [はい ・ いいえ]
当てはまるところに記入・○印をお願いします。

年 齢	病 名	治療経過						
		経過観察	ホルモン療法 (低用量ピルなど)		開腹手術	腹腔鏡下手術	子宮鏡下手術	その他
歳								
歳								
歳								

通院を必要とする病気にかかったことがありますか？ [はい ・ いいえ]
(歳) 病名：

現在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]
(歳) 病名：

感染症にかかったことはありますか？ [はい ・ いいえ]
(歳) 病名： B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV ・ クラミジア ・ その他()

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) ・ 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]

現在飲んでいる/使用している薬はありますか？ [はい(薬品名：) ・ いいえ]

喘息をお持ちですか？ [はい ・ いいえ]
最終発作：西暦 年 月

アレルギーを起こしたことはありますか？ [はい ・ いいえ]
(薬や食べ物など) アレルギーを起こしたもの：

●嗜好品について

妻	たばこ	吸う(本/日) ・ 吸っていた(歳 ~ 歳) ・ 吸わない
	アルコール	飲む(ml/日) ・ 時々飲む(回/週) ・ 飲まない
夫	たばこ	吸う(本/日) ・ 吸っていた(歳 ~ 歳) ・ 吸わない
	アルコール	飲む(ml/日) ・ 時々飲む(回/週) ・ 飲まない

●他院からの紹介状/検査結果をお持ちですか？ [はい ・ いいえ]※ご持参の方は受付に提出をお願いします。

●当院を何で知りましたか？ [web検索(google/Bing/yahoo /) ・ 医療情報サイト(ドクターズファイル/ジネコ) 雑誌(ママになりたい/赤ちゃんが欲しい) ・ 駅看板 ・ Instagram ・ その他()]

●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。