

問診票

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 血圧 /	健康状態	身長 cm 体重 kg 血圧 /

※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)

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)

(離婚歴 あり ・ なし) → (本人 ・ 夫 / パートナー 、 西暦 年 月 日)

2、妊娠にトライし始めてからの期間 (年 ャ月)

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 (あり ・ なし)

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)

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	2021/10/12	顕微授精	アンタゴニスト法	10個	3個	
	2022/01/15	融解胚移植	ホルモン補充周期	1個	(+)	心拍みえない
1						
2						
3						
4						
5						

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 ()

※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		
	正産	流産	子宮外妊娠	胎死産	人工中絶	正産	帝王切開	正産	難産	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					その他
		経過観察	(低用量ピルなどを含む) ホルモン療法	開腹手術	腹腔鏡下手術	子宮鏡下手術	
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　〉

→はいと答えた方は　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　〉

→はいと答えた方は　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/使用して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/検査結果をご持参の方は、受付に提出をお願いします。

14、当院を何でお知りになりましたか？　　(赤ちゃんが欲しい、ママになりたい、ドクターズファル、google、駅看板、)

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。