

問診票

ID :

記入日 / 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
お名前 (本人)		配偶者 (夫)	
生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
電話番号	自宅電話 — — 携帯電話 — —	電話番号	携帯電話 — —
自宅住所	〒 - 都道 市区 府県 町村		

【個人情報について】 保険証を控えとしてコピーさせていただきます。記入いただいた名前・住所・電話番号、保険証等の個人情報は、診察・保険請求以外に一切使用することはございません。

左記【個人情報】について同意致しました。

ご署名

1) 当クリニックで希望する診療

- | | | | |
|--------------|----------|-----------|----------|
| 1. 不妊治療 | 2. 月経不順 | 3. 不正出血 | 4. 下腹部痛 |
| 5. 月経調節 | 6. 帯下異常 | 7. 掻痒感 | 8. ピル処方 |
| 9. ブライダルチェック | 10. 子宮筋腫 | 11. 子宮内膜症 | 12. 緊急避妊 |
| 13. その他 () | | | (時間経過) |

2) 月経について

初潮 : 歳 月 日 月経 : 順調 ・ 不順
 周期 : 日 (生理期間 日間) 最終月経 : 年 月 日
 閉経 : 年 月 (歳) ※最近の生理が始まった日をご記入下さい。

3) 子宮頸がん検査を受けたことがありますか？

なし ・ あり

「あり」の方→最終で受けた時期： 年 月 日 市の検診 ・ 勤務先の検診 ・ その他

4) 風疹抗体検査（採血）を受けたことがありますか？

なし ・ あり

「あり」の方→結果：抗体あり・抗体なし・わからない ワクチン接種： 年 月 日

5) 結婚歴 未婚 ・ 既婚 結婚年月日： 年 月 日 (歳)

6) 妊娠歴 なし ・ あり ※「あり」に該当する方は下記をご記入下さい。

分娩歴	なし・あり	流産	なし・あり	年 月 日 (週) 歳
	年 月 日 (正常・帝切) 歳			年 月 日 (週) 歳
	年 月 日 (正常・帝切) 歳	子宮外妊娠	なし・あり	年 月 日 (週) 歳
	年 月 日 (正常・帝切) 歳			年 月 日 (週) 歳
	年 月 日 (正常・帝切) 歳	人工流産	なし・あり	年 月 日 (週) 歳

7) 性交歴

なし ・ あり

8) 家族歴：ご家族の方で下記に該当する場合はお選び下さい。

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 心疾患 4. 甲状腺疾患 5. 膠原病 6. その他 ()

9) 今までに、大きな病気や手術をしましたか？

なし ・ あり

(病名： 年 月 / 主な治療：)

(病名： 年 月 / 主な治療：)

10) 今までに、服用したお薬で合わないお薬はありますか？

(お薬名： 年 月 / 主な治療：)

なし ・ あり)

11) 現在、治療中の病気又は服用しているお薬はありますか？

(病名又はお薬名： 年 月 / 主な治療：)

なし ・ あり)

12) 診療情報提供書（紹介状）はお持ちですか？

なし ・ あり (医療機関名：)

不妊治療をご希望の方は裏面・生活について(2枚目)もご記入下さい ▶

現在までの不妊治療について ～不妊治療をご希望の方はご記入下さい～

1) 挙児希望歴 年 ヶ月

2) 通院歴 なし ・ あり (通院期間: 年 ヶ月)

→ 「あり」と答えた方は、行った検査・治療などご自由にご記入下さい。

記入例) 20XX年12月頃 ○○クリニックで初めて不妊検査。採血や排卵検査をし、タイミング法を続ける。
20XX年5月 ○○クリニックへ転院。卵管造影検査・子宮鏡検査などを受け、卵管が少し狭いとのこと。
人工授精を3回行いましたが、妊娠に至らず。精液検査は特に問題なし。

5) 体外受精・顕微授精の経験がある方はご記入下さい。(分かる範囲で結構です)

採卵施術日	卵巣刺激方法	媒精方法(回数)	新鮮胚移植(回数)	OHSS (卵巣過剰刺激症候群)	妊娠	流産
年 月 日	自然・ロング・ショート アンタゴニスト・()	体外受精(個) 顕微授精(個)	移植(個)	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	自然・ロング・ショート アンタゴニスト・()	体外受精(個) 顕微授精(個)	移植(個)	なし・あり	なし・あり	なし・あり

凍結胚移植施術日	周期?	媒精方法・凍結胚移植(回数)	OHSS (卵巣過剰刺激症候群)	妊娠	流産
年 月 日	自然周期・ホルモン補充療法	体外受精を行った胚(個) 顕微授精を行った胚(個)	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	自然周期・ホルモン補充療法	体外受精を行った胚(個) 顕微授精を行った胚(個)	なし・あり	なし・あり	なし・あり
年 月 日	自然周期・ホルモン補充療法	体外受精を行った胚(個) 顕微授精を行った胚(個)	なし・あり	なし・あり	なし・あり

→ 備考 (体外受精や顕微授精などについて、その他に情報があればご記入下さい。)

6) ご主人またはパートナー様は今までに、大きな病気や手術をされましたか? なし ・ あり
(病名: 年 月 / 主な治療:)
(病名: 年 月 / 主な治療:)

7) ご主人またはパートナー様は今までに、服用したお薬で合わないお薬はありますか? なし ・ あり
(お薬名:)

8) 気になること・質問等があればご自由にお書き下さい。



おふたりの生活について（お答えできる範囲で結構です）

	妻	夫
お仕事 デスクワーク？ 力仕事？ 残業・出張・当直勤務等も ご記入ください。	正社員 ・ パートタイム 自営業	正社員 ・ パートタイム 自営業
身長／体重	cm／ kg	cm／ kg
喫煙	なし あり→（ 本／日） 喫煙年数 年	なし あり→（ 本／日） 喫煙年数 年
飲酒	なし あり→程度（ 本／日）	なし あり→程度（ 本／日）
運動・冷え対策について 該当するものに○を付けて ください。	ジム通い ウォーキング・ジョギング ヨガ・マッサージ・鍼灸 その他気を付けていることがあれば ご記入ください。 〔 〕	ジム通い ウォーキング・ジョギング ヨガ・マッサージ・鍼灸 その他気を付けていることがあれば ご記入ください。 〔 〕

夫婦生活について

お困りの点はありますか？

- 問題なし・・・ひと月の回数（ 回） そのうち排卵日頃は（ 回）
 夫婦生活がない or 持てない
 性交障害がある

〔 〕

ご記入いただいた内容は電子カルテに取り込み、用紙は個人情報保護法に基づき適切に処分致します。