

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. ご結婚について 西暦 年 月 日 歳 入籍 ・ 事実婚 ・ 未婚
離婚・再婚をされていた場合、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 か月)
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 : 薬品名) ・ いいえ 〉
- ⑤ 一番最近の月経はいつでしたか？ (年 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。

子宮頸がん検査 (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？ 〈 はい ・ いいえ 〉 → はいの方は下記にご記入下さい
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-胚移植/顕微授精 〈 はい ・ いいえ 〉 → はいの方は下記にご記入下さい

採卵	年月日	体外受精 or 顕微授精	採卵数	凍結数
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			

移植	年月日	新鮮胚 or 融解胚	移植数	妊娠判定
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			

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	胞状奇胎	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		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（ ）

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？

卵（ ）大豆（ ）その他（ ）

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。