

問診票

当院使用欄※紹介状有・無

フリガナ		ご年齢	ご職業	
お名前				
現住所	〒 *現住所と住民票が異なる方は受付にお申し付け下さい			
生年月日	S・H 年 月 日			
連絡先	携帯番号	身長： cm	血液型 型	
		体重： kg	RH + ・ -	

1. 来院の目的について丸をつけて下さい。悩んでいる場合は複数回答も可

- 不妊治療（不妊検査・人工授精・体外受精及び顕微授精）
- 手術目的（ポリープ切除・卵管鏡下卵管形成）
- その他（ ）

2. 月経について教えてください

- ① 最近の最終月経 （ ）年（ ）月（ ）日 ～（ ）月（ ）日
- ② 初めての生理はいつですか？ （ ）歳頃
- ③ 月経の周期(生理開始から生理開始までの日数)を教えてください。
（ ）日周期 ～（ ）日周期 ・ 不規則（ ）
- ④ 生理痛はありますか？ 無い ・ 我慢できる ・ ほぼ毎回鎮痛剤を内服
- ⑤ 経血（生理の血液）の量 （少ない ・ 普通 ・ 多い）

3. 性交歴について伺います。

- ① 性交の経験はありますか？ （はい ・ いいえ）
- ② 性交渉の頻度を教えてください。⇒月 回程、週 回程、排卵期間のみ
- ③ 性交について悩んでいることはありますか？

ある方は下のフリースペースにご自由にお書き下さい。（例：性交痛がひどい、sexレスなど）

（ ）

4. 妊娠を希望して（避妊をやめて）からどのくらいになりますか？ 年 月

5. 結婚はしていますか？（いいえ・はい → 結婚年：西暦 年 月 ）

”いいえ“の方に伺います。

・結婚のご予定はありますか？（いいえ・はい → 令和 年 月頃 ・ 婚約中だが未定）

6. 過去に妊娠をしたことはありますか？

- ・ 歳（自然妊娠・他： ） ・ 流産（ 週：胎嚢+ - 心音+ - ） ・ 出産（ ）
- ・ 歳（自然妊娠・他： ） ・ 流産（ 週：胎嚢+ - 心音+ - ） ・ 出産（ ）
- ・ 歳（自然妊娠・他： ） ・ 流産（ 週：胎嚢+ - 心音+ - ） ・ 出産（ ）

7. 幼少期からいままで長期治療または手術を受けたことはありますか？（無 ・ 有）

→”有”を選ばれた方にお聞きします。

①病名（ ）

②現在は → 治療中 ・ 経過観察で一年に数回受診 ・ 治癒

③現在内服中、もしくは使用中の薬剤がある方はお書きください。（サプリも含む）

（ ）

④アレルギーはありますか？ 無 ・ 有 →

8. 不妊治療を他院で受けた事がありますか？（無 ・ 有）

→ ”有“を選んだ方（病院名； ）複数記述可

→ その時に受けた検査を教えてください。

風疹抗体価検査 H・R____年____月頃/抗体価（有・無→風疹ワクチンを希望する）

子宮頸がん検査 卵管造影検査 子宮鏡検査 クラミジア検査

ホルモン検査、TSH検査 ヒューナー検査 慢性子宮内膜炎検査 ※BCE検査

着床の窓検査 ※ERA検査 不育症検査 感染症 AMH

→ 他院での治療内容を教えてください。

タイミング療法（ ）回）誘発薬剤使用薬剤名→（ ）

人工授精（ ）回）誘発薬剤使用薬剤名→（ ）

体外受精（ ）回）誘発薬剤使用薬剤名→（ ）

顕微授精（ ）回）誘発薬剤使用薬剤名→（ ）

9. ご主人又はパートナーについて

喫煙（無・有____年）、飲酒（適度・多飲・無）、AGA（薄毛・抜け毛の治療）（治療中・無）

現在（同居中・別居中・出張がち）、身長____cm、体重____kg、年齢（ ）歳

精液検査を受けたことはありますか ⇒ 無 ・ 有（異常あり・なし）

* 精液検査ご希望の方は○を入れてください。（ ）

◎その他、医師や看護師にお知らせしたいことや聞きたいことがありましたら下のフリースペースにご記載をお願いいたします。