

問 診 票

記入日: _____

フリカナ		生 年 月 日	年	月	日	ID	
お名前			(歳)				
現住所	〒 _____				電 話 番 号	本人携帯	—
						夫携帯	—

あてはまるものに○をつけて下さい。

1. 受診目的 (今の時点で望んでいること)

- 自然妊娠や不妊治療などの一般的な説明
- 検査を受けて、その上で治療を受けるかどうかを相談
- 検査を受けて、速やかに治療を受けたい
- 当院で体外受精／顕微授精を受けようと考えている
- 無月経、無精子症、性交障害などの特別な問題への対処
- その他

2. 月経歴

初潮： 未発来 発来(才)， 量： 多 普 少， 出血日数： _____ 日間
 周期： 規則(_____ 日型) 不規則
月経前緊張症 (月経開始 _____ 日前より _____ 日まで)(主症状 _____)
月経困難症 (月経開始後 _____ 日目に最適)(下腹痛, 腰痛 _____)
 最終月経： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より _____ 日間， 量(正常, 異常)， 不明

3. パートナーについて

未婚 入籍予定(_____ 頃)
既婚 結婚年齢 妻 _____ 歳 (初婚・再婚・再々婚)
 夫 _____ 歳 (初婚・再婚・再々婚)
 既往歴 なし あり (疾患名 _____)
 不妊期間 _____ 年 _____ ヶ月， 夫婦生活の回数 _____ 回／月， 性交痛 なし あり

4. 家族歴 ※ご家族(血縁)に以下の病気の方がいらっしゃれば○で囲んで下さい。

血栓症・糖尿病・高血圧・心筋梗塞・脳卒中・卵巣がん・子宮がん・乳がん
 その他(_____)

5. 使えない薬剤やアレルギーについて

使えない薬剤はありますか。 _____ ない・ある
 アレルギーはありますか。 _____ ない・ある (食品 ラテックスゴム 金属 喘息)
 (その他)

禁忌薬剤・アレルゲン名	症 状

6. 妊娠・分娩について

	時期・施設名	妊娠週数		性別	体重	備考
1	年 月 施設名 ()	W	<input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 分娩(自然・吸引・鉗子) <input type="checkbox"/> 帝王切開(理由:)	男・女	g	
2	年 月 施設名 ()	W	<input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 分娩(自然・吸引・鉗子) <input type="checkbox"/> 帝王切開(理由:)	男・女	g	
3	年 月 施設名 ()	W	<input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 分娩(自然・吸引・鉗子) <input type="checkbox"/> 帝王切開(理由:)	男・女	g	

7. 既往歴について ※あてはまるものに○をつけて下さい。

糖尿病・高血圧・心筋梗塞・脳卒中・血栓症・感染症(梅毒・B型肝炎・C型肝炎・結核・カンジダ)
 風疹抗体 有・無 (ワクチン接種 無・有 年頃)
 神経内科・心療内科受診歴 無・有 (診断名)

- ・最近の婦人科検診 子宮頸がん検診 年 月頃実施 結果: _____
子宮体がん検診 年 月頃実施 結果: _____
乳がん 年 月頃実施 結果: _____
- ・婦人科疾患 子宮筋腫 無・有()
子宮内膜症 無・有()
クラミジア感染 無・有()
その他()

	時期・施設名	診断名	治療(内服・注射・手術等)	備考
1	年 月 施設名 ()			
2	年 月 施設名 ()			
3	年 月 施設名 ()			

8. 不妊検査・治療歴について

治療期間	/ / ~ / /	/ / ~ / /	/ / ~ / /
施設名	当院・他院()	当院・他院()	当院・他院()
不妊検査	ホルモン検査 正常・異常()	ホルモン検査 正常・異常()	ホルモン検査 正常・異常()
	子宮卵管造影 正常・異常()	子宮卵管造影 正常・異常()	子宮卵管造影 正常・異常()
	精液検査 正常・異常()	精液検査 正常・異常()	精液検査 正常・異常()
	フーナーテスト 正常・異常()	フーナーテスト 正常・異常()	フーナーテスト 正常・異常()
一般不妊治療	タイミング法 回	タイミング法 回	タイミング法 回
	人工授精 回	人工授精 回	人工授精 回
	排卵誘発剤 内服・注射	排卵誘発剤 内服・注射	排卵誘発剤 内服・注射
ART (生殖補助医療技術)	体外受精 回	体外受精 回	体外受精 回
	顕微授精 回	顕微授精 回	顕微授精 回
	胚移植 回	胚移植 回	胚移植 回
	凍結融解胚移植 回	凍結融解胚移植 回	凍結融解胚移植 回

お名前:

生年月日:

ID:

記入日:

9. 生活習慣

	妻	夫
職 業		
身 長	cm	cm
体 重	kg	kg
血 圧	/ mmHg	/ mmHg
喫 煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 以前喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙中 (本/日 年間)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 以前喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙中 (本/日 年間)
飲 酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 毎日・__日/週・たしなむ程度 飲酒種類() 量()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 毎日・__日/週・たしなむ程度 飲酒種類() 量()
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤:)	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不眠 (眠剤:)
食 事	<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 食欲 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 食欲 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良

10. ご自由にお書き下さい。 例)不安なこと。心配なこと等。