



問診票

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

*下記太枠項目は必須項目になります。 でチェックをお願いします。

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID _____

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)	生年月日	S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)
職業		職業	
住所	〒 _____		
*連絡可能な番号			
携帯番号	_____ - _____	自宅番号	(_____) _____ - _____
*呼出に必要です		_____ @ _____	
携帯メールアドレス			
クリニックまでの通院時間 約 _____ 時間 _____ 分 交通機関 (_____)			
ご紹介者	(_____) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> クリニック		

1) 本日はどのようなことで来院されましたか

不妊の相談 妊娠を希望されてどのくらいの期間が経過していますか _____ 年 _____ ヶ月

体外受精・顕微授精相談 不育症・習慣流産の相談 (妊娠するが流産となる等)

がん検診 セカンドオピニオン (不妊治療相談)

婦人科相談

男性不妊外来受診中 他院より紹介 (_____)

その他 (_____)

2) 月経について

・初潮 _____ 歳 ・閉経 _____ 歳

・最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間

・(その前の月経) _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間

・周期 (月経がはじまった日から次の月経があるまで) 順調 (_____ 日周期) 不順 (_____ 日から _____ 日)

・月経に伴い右記の症状がありますか 下腹部痛 腰痛 頭痛

・痛み止めを使用しますか はい いいえ

3) 結婚について

結婚 (S・H _____ 年 _____ 月) 離婚 (S・H _____ 年 _____ 月)

再婚 (S・H _____ 年 _____ 月) 未婚 未婚 (H _____ 年 _____ 月結婚予定)

4) 妊娠・出産について教えてください

分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態	妊娠合併症
S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日	男・女	_____ 週	_____ g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日	男・女	_____ 週	_____ g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日	男・女	_____ 週	_____ g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日	男・女	_____ 週	_____ g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし

妊娠合併症があった方へ記入をお願いします



裏面へお願いします

D(A)-L-初診問診票 171101

5) あなたのことについてお尋ねします

・身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 (Rh + -)

・喫煙歴 なし あり (_____ 本/日 現在は吸っていない) ・性交渉経験 あり なし

・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか

特に何もなし

喘息 (気管支喘息・小児喘息 最終発作 _____ 年 _____ 月頃 吸入器使用した) 咳喘息

子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣のう腫 (チョコレートとう腫・デルモイド等) 腺筋症

がん (_____) (_____)歳の時

てんかん (内服薬 _____ 最終発作 _____ 年 _____ 月頃)

糖尿病(内科受診中) 高血圧(内科受診中) 消化器疾患 (_____)

甲状腺疾患 (機能亢進症 ・機能低下症) 心臓病 肝臓病 腎臓病

精神疾患 (_____)

感染症 (HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎) その他 (_____)

・緊急時の輸血は受け入れますか はい いいえ

・手術の経験 主な病気 _____ 手術名 _____ (_____)歳の時

・内服中のお薬やサプリメントはありますか 薬品名 _____

・下記のアレルギーありますか? なし あり

「あり」の方⇒ピーナッツアレルギー 卵アレルギー 大豆アレルギー ラテックスアレルギー

・注射や内服薬で副作用・じんましんやかゆみを経験したことはありますか なし あり(下記にご記入お願いします)

注射・薬品名 _____

6) ご主人さまの健康状態についてお尋ねします

・喫煙歴 なし あり (_____ 本/日 ・ 現在は吸っていない) ・身長 _____ cm 体重 _____ Kg

・病歴 (主な病気 _____ (_____)歳の時)

お分かりになる範囲で結構ですので今まで受けられた検査治療・検査に と○印で経過のご記入をお願いします

検査内容	検査日	実施施設	検査結果	
<input type="checkbox"/> ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> 卵管造影			異常なし	異常あり (卵管狭窄 ・ 卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 通水検査			異常なし	異常あり (卵管狭窄 ・ 卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査			異常なし	異常あり (ポリープ切除 ・ 経過観察中)
<input type="checkbox"/> 精液検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> ヒューナー検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> クラミジア検査			異常なし	異常あり(内服済み ・ 未治療)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診			異常なし	異常あり (治療済み ・ 経過観察中)
<input type="checkbox"/> 不育症検査			異常なし	異常あり (妊娠後治療必要 あり ・ なし)
<input type="checkbox"/> 着床に関する検査			内膜蠕動 Th1/Th2 ビタミンD 銅 亜鉛 セルロプラスミン	

治療内容

タイミング (_____)回 最後に施行した日 (_____ 年 _____ 月)

人工授精 (_____)回 最後に施行した日 (_____ 年 _____ 月)

体外受精を受けられた方をお願いしています。

下記の記入例を参考に治療歴を記入してください

採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
H24年 3月	〇〇 クリニック	自然・ <u>ショート</u> 法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他()	10	体外受精 <u>顕微授精</u> その他	7	初期胚 2 胚盤胞 3	初期胚・胚盤胞 <u>移植せず</u>	せず
H24年 5月	〃	1回目の移植					初期胚・ <u>胚盤胞</u>	1
H24年 7月	〃	2回目の移植					<u>初期胚</u> ・胚盤胞	1つずつ

体外受精治療歴 採卵回数()回【^{I V F}体外受精()回】^{I C S I}顕微授精()回】 胚移植回数()回

採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵3回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵4回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4回目の移植					初期胚・胚盤胞	

*ご記入ありがとうございました。