

問診票

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	

本日の受付時に、マイナンバーカードを保険証として利用することによる診療情報取得に同意されましたか？
(はい ・ いいえ)

当てはまるところに○をつけてください。

- ご結婚はいつですか？ (西暦 年 月 日 歳)
離婚・再婚をされていたらお答えください。 離婚(西暦 年 月 日)
- 妊娠にトライし始めてからの期間 (年 ヶ月)
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く ある ・ ない)
- 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？く はい(日周期) ・ いいえ(早いと 日周期位、遅いと 日周期)
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？く はい () ・ いいえ)
⑤ 一番最近の月経はいつでしたか？ 月 日から()日間
- 今までに他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)を分かる範囲でご記入ください。
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)

- 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？
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/顕微授精 (周期)

※分かる範囲で結構ですので下記に詳細をご記入ください。

採卵	体外受精/顕微授精	刺激方法	採卵回数	凍結回数	特記事項
移植	新鮮胚移植/融解胚移植	移植方法 (自然orホルモン補充)	移植回数	結果(妊娠判定)	特記事項
例	H31.4.12	顕微授精	アンタゴニスト法	※個	※個
	R1.6.5	融解胚移植	ホルモン補充周期	※個	妊娠判定(※)
1					
2					
3					
4					
5					

- 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()

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		お子さん		
	正常	流産	子宮外妊娠	胎状奇胎	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	
歳								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								

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） 病名（ ）

③今までに手術を必要とする病気にかかったことがありますか？〈 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がありますか？ 〈 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 〉

9. 服用中のお薬、またはサプリメントはありますか？〈 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. お薬や食べ物にアレルギーはありますか？※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？

（ ）

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/検査結果をご持参の方は、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、ご自由にお書きください。

（ ）