

# 問診表

初診日 年 月 日

フリガナ

妻氏名 \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 身長（必須）： \_\_\_\_\_ 体重（必須）： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご連絡先：TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (携帯： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

ご職業： \_\_\_\_\_

フリガナ

夫氏名 \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご連絡先：TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (携帯： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)

ご職業： \_\_\_\_\_

■本日はどのような理由で来院されましたか。

- 一般治療（タイミング・人工授精） 体外受精・顕微授精  
不育症・着床障害検査 相談のみ希望

■結婚についてお答えください。

- 結婚（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日） 再婚（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）  
未婚（入籍予定あり \_\_\_\_\_ 月頃・なし）

■月経についてお答えください。

最終月経： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 本日：月経周期（ \_\_\_\_\_ ）日目  
月経周期： \_\_\_\_\_ ～ \_\_\_\_\_ 日周期（規則的・不規則）  
月経量：少量・普通・多い 月経痛：なし・少し・強い

■今までに経験した病気や治療中の病気についてお答えください。

婦人科系の病気

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 病名： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_ 病院： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 病名： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_ 病院： \_\_\_\_\_

婦人科以外の病気

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 病名： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_ 病院： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 病名： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_ 病院： \_\_\_\_\_

■アレルギーについてお答えください。

薬物アレルギー なし あり（薬品名：\_\_\_\_\_）

食物アレルギー なし あり（食品名：\_\_\_\_\_）

アルコール綿の使用 可 不可

■子宮がん検診についてお答えください。

1年以内に 受けている 受けていない

■喫煙についてお答えください。

喫煙していない 喫煙している（\_\_\_\_本/日）

■妊娠についてお答えください。

妊娠回数（\_\_\_\_）回

内訳：出産回数（\_\_\_\_）回 流産回数（\_\_\_\_）回 中絶回数（\_\_\_\_）回

① \_\_\_\_年\_\_月 不妊治療の有無（有・無）（\_\_\_\_\_）

妊娠\_\_週 分娩（経膣・帝王切開） 中絶 死産

流産（妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた）

② \_\_\_\_年\_\_月 不妊治療の有無（有・無）（\_\_\_\_\_）

妊娠\_\_週 分娩（経膣・帝王切開） 中絶 死産

流産（妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた）

③ \_\_\_\_年\_\_月 不妊治療の有無（有・無）（\_\_\_\_\_）

妊娠\_\_週 分娩（経膣・帝王切開） 中絶 死産

流産（妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた）

④ \_\_\_\_年\_\_月 不妊治療の有無（有・無）（\_\_\_\_\_）

妊娠\_\_週 分娩（経膣・帝王切開） 中絶 死産

流産（妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍見えた）

■パートナー様にお尋ねします。

喫煙していない 喫煙している（\_\_\_\_本/日）

■パートナー様にお尋ねします。

治療中の病気 ある ない

\_\_\_\_年\_\_月 病名：\_\_\_\_\_ 治療内容：\_\_\_\_\_ 病院：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_年\_\_月 病名：\_\_\_\_\_ 治療内容：\_\_\_\_\_ 病院：\_\_\_\_\_

■パートナー様にお尋ねします。

性機能について

性欲 ある ない 性交渉 できる ( \_\_\_回/月) 困難

勃起 する しない

射精 (腔内で) 可能 やや困難 困難

射精 (マスターベーションで) 可能 やや困難 困難

■今までに不妊検査や治療を受けたことがありますか

ある ない

■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をご記入ください。

子宮卵管造影検査 \_\_\_年\_\_\_月 異常なし 異常 (\_\_\_\_\_)

精液検査 \_\_\_年\_\_\_月 異常なし 異常 (\_\_\_\_\_)

不育着床障害検査 \_\_\_年\_\_\_月 異常なし 異常 (\_\_\_\_\_)

血液検査 \_\_\_年\_\_\_月 異常なし 異常 (\_\_\_\_\_)

\*検査データをご持参いただければ、当院での検査を省略させていただきます。

■お分かりになる範囲で結構ですので今まで受けられた治療をご記入ください。

治療内容

タイミング療法 ( \_\_\_回) 排卵誘発剤の使用 (有 \_\_\_\_\_ /無)

人工授精 ( \_\_\_回) 排卵誘発剤の使用 (有 \_\_\_\_\_ /無)

体外受精

採卵 ( \_\_\_回)

胚移植 ( \_\_\_回)

治療歴	施設名	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	胚凍結
採卵 1 回目 年 月		ロング法 アンタゴニスト法 ショート法 自然周期	個	体外受精 顕微授精 split	個	移植せず 初期胚 胚盤胞	有・無 初期胚 個 胚盤胞 個
年 月		1 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		2 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		3 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		4 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				

治療歴	施設名	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	胚凍結
採卵 2 回目 年 月		ロング法 アンタゴニスト法 ショート法 自然周期	個	体外受精 顕微授精 split	個	移植せず 初期胚 胚盤胞	有・無 初期胚 個 胚盤胞 個
年 月		1 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		2 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		3 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		4 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				

治療歴	施設名	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	胚凍結
採卵 3 回目 年 月		ロング法 アンタゴニスト法 ショート法 自然周期	個	体外受精 顕微授精 split	個	移植せず 初期胚 胚盤胞	有・無 初期胚 個 胚盤胞 個
年 月		1 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		2 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		3 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				
年 月		4 回目の移植	初期胚・胚盤胞 個→判定結果：				

■当院を知ったきっかけについてお答えください。

友人・知人の勧め

インターネット

SNS（インスタグラムなど）

看板・広告

他の病院・医師からの紹介

その他（ ）

■来院された理由、当院を選ばれた理由についてお答えください。

友人・知人の勧め

インターネット

SNS（インスタグラムなど）

看板・広告

他の病院・医師からの紹介

その他（ ）