

# 問診票 ① (不妊外来)

妻 氏名	フリガナ	生年月日 S H R	年 月 日生( 歳)	職種	既婚:(初婚/再婚) 未婚
夫 氏名	フリガナ	生年月日 S H R	年 月 日生( 歳)	職種	既婚:(初婚/再婚) 未婚
結婚期間:	年 ヶ月 (結婚年齢:妻 歳)	避妊期間:	なし・あり ( 年 ヶ月 避妊していた)		
自宅住所	〒 - -				
連絡先	自宅 - -	本人携帯	- -	夫(パートナー)携帯	- -

## 【マイナ保険証をご利用の方へ】

高額療養費制度(限度額適用認定)の利用に同意されますか する しない  
(保険情報の変更があった場合も利用の継続に同意されたものと致します)

## 本日はどのようなことで来院されましたか (✓マーク、必要事項を記入して下さい)

- 不妊に関する検査 タイミング治療 人工授精 体外受精・顕微授精 凍結胚移植 男性不妊  
性交がもてない(性交痛・勃起障害・射精障害・日程調整困難) 着床前診断(PGT) 妊孕性温存  
月経以外での出血がある 下腹部痛・腰痛が気になる セカンドオピニオン 月経困難症 月経不順  
上記以外で気になることがありましたら下記へご記入ください

( )

※ <クリニックの確認> お1人・お2人 来院時月経 \_\_\_\_ 日目

## ふだんの月経について教えてください

- 1) 初潮: \_\_\_\_ 歳 2) 最近の月経: R \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から \_\_\_\_ 日間  
3) 月経周期: \_\_\_\_ 日周期, 順調・不順 4) 月経痛: ない・ある (薬を飲む・飲まない)

## 今までに受けた検査について

- 1) 子宮頸がん: 受けたことが ない・ある ( \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月頃 異常 なし・あり 病院名: \_\_\_\_\_ )  
2) 風疹抗体: 受けたことが ない・ある ( \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月頃 抗体あり \_\_\_\_ 倍・抗体なし ワクチン接種 未・済 )  
3) クラミジア(採血): 受けたことが ない・ある ( \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月頃 異常 なし・あり 治療内容: \_\_\_\_\_ )

※その他不妊に関する検査を受けたことがある方は、裏面へ詳細をご記入ください。

## 病歴について

今までに、病気をされたことがありますか。また、現在治療中の病気はありますか。

- 1) 婦人科系の病気: ない・ある →下記へ詳しくご記入ください。

病名	年月	治療・手術・内服薬・フォロー状況・妊娠の許可	病院名
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		

- 2) 婦人科系以外の病気: ない・ある →下記へ詳しくご記入ください。

病名	年月	治療・手術・内服薬・フォロー状況・妊娠の許可	病院名
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		

- 3) 上記以外で現在内服中の薬(漢方薬、サプリメント含む)があれば記入してください。

--

## 妊娠・出産歴について

妊娠歴 ( ない ・ ある ) \_\_\_\_\_回 分娩 \_\_\_\_\_回 ・ 流産 \_\_\_\_\_回 ・ 中絶 \_\_\_\_\_回 ( 夫: 既知 ・ 未知 )

妊娠歴	年 月 日	妊娠週数	経過	児性別	児体重	流産		病院名
	年 月 日	w	分娩(経腔・帝切)早産 流産	男・女	g	妊娠反応のみ 胎児が見えた	胎のうが見えた 心拍を確認した	
	年 月 日	w	分娩(経腔・帝切)早産 流産	男・女	g	妊娠反応のみ 胎児が見えた	胎のうが見えた 心拍を確認した	
	年 月 日	w	分娩(経腔・帝切)早産 流産	男・女	g	妊娠反応のみ 胎児が見えた	胎のうが見えた 心拍を確認した	

第2子以降の挙児希望の方：卒乳 ( 未 ・ 済 )

## 生活習慣について

1) 身長 \_\_\_\_\_ cm ・ 体重 \_\_\_\_\_ kg ・ BMI \_\_\_\_\_ ・ 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ※当日クリニックにて測定

2) タバコ： 吸わない ・ 吸う \_\_\_\_\_本/日 ・ 以前吸っていた 3) 飲酒： 飲まない ・ 飲む

4) アレルギー： ない ・ ある →下記へ詳しくご記入ください。

薬剤	内服( ) 注射( )	症状:
食物	( )	症状:
その他	花粉症・アトピー・金属・ラテックス・アルコール消毒 ( )	

5) 喘息： ない ・ ある ( 最終発作 \_\_\_\_\_歳頃 薬剤 )

6) ダイエットの経験： ない ・ ある ( \_\_\_\_\_年頃 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_ヶ月で \_\_\_\_\_kg減量 )

月経停止： していない ・ した ( 治療した ・ していない )

## 不妊に関する検査について (該当する検査があれば✓マークを記入して下さい)

不妊に関する血液検査  子宮卵管造影検査  子宮鏡検査  腹腔鏡検査  不育症検査  その他

※ 結果をお持ちの方は初診時ご持参ください。

## 治療歴

タイミング法	なし	あり 年 月 ~ 年 月 ( 回 )
人工授精	なし	あり 年 月 ~ 年 月 ( 回 )
体外受精・顕微授精	なし	あり →下記「体外受精・顕微授精」に詳細をご記入ください。
不育症治療	なし	あり ( )

## 体外受精・顕微授精の詳細 分かる範囲でご記入ください。前医でのレポートをお持ちの場合は初診時にご持参ください。

時期	施行施設名	方法	卵巣刺激法	採卵数	受精数	移植胚数 ----- 発育段階	凍結胚数	結果	保険適用 + ・ -
1 年 月		体外受精 顕微授精 凍結融解胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト			----- 初期胚 ・ 胚盤胞		判定(-) 流産 出産	+ ・ -
2 年 月		体外受精 顕微授精 凍結融解胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト			----- 初期胚 ・ 胚盤胞		判定(-) 流産 出産	+ ・ -
3 年 月		体外受精 顕微授精 凍結融解胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト			----- 初期胚 ・ 胚盤胞		判定(-) 流産 出産	+ ・ -
4 年 月		体外受精 顕微授精 凍結融解胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト			----- 初期胚 ・ 胚盤胞		判定(-) 流産 出産	+ ・ -
5 年 月		体外受精 顕微授精 凍結融解胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト			----- 初期胚 ・ 胚盤胞		判定(-) 流産 出産	+ ・ -

## ご夫婦へお聞きします

当院をどのようにしてお知りになりましたか。 ※複数回答可

1. 自宅の近くだから
2. 勤務先の近くだから
3. 知人の紹介
4. 他院からの紹介
5. インターネットを見て ( 当院のHP、当院のFacebook、その他のページ: )
6. Instagramを見て：  
( miofclinic | クリニック mio\_fertility\_lab | ミオの培養室 mfcsangocare111 | 産後ケア miogohan512 | みお kitchen )
7. 雑誌、情報誌を見て ( 雑誌名: )
8. 不妊専門相談センターからの紹介
9. 評判を聞いて
10. 妊活フェスに参加して
11. その他 ( )

# 問 診 票 ② (不妊外来)

夫 氏名	フリガナ	生年月日	S H R	年 月 日生( 歳)	職種	既婚:(初婚/再婚) 未婚
自宅住所	〒 -					
連絡先	自宅 - -	本人携帯	-	-	パートナー携帯	- -

## 【マイナ保険証をご利用の方へ】

高額療養費制度(限度額適用認定)の利用に同意されますか する しない  
(保険情報の変更があった場合も利用の継続に同意されたものと致します)

## 本日はどのようなことで来院されましたか (✓マーク、必要事項を記入して下さい)

不妊に関する検査 男性不妊

性交がもてない(性交痛・勃起障害・射精障害・日程調整困難) 妊孕性温存 その他

## 今までに受けた不妊に関する検査について

不妊に関する検査: ない・ある →下記へご記入ください。(例: 精液検査)

--

## 生活習慣について

- 身長 \_\_\_\_\_ cm ・ 体重 \_\_\_\_\_ kg
- タバコ: 吸わない・吸う \_\_\_\_\_ 本/日 ・ 以前吸っていた
- 飲酒: 飲まない・飲む
- アレルギー: ない・ある →下記へ詳しくご記入ください。

薬剤	内服( ) 注射( )	症状:
食物	( )	症状:
その他	花粉症・アトピー・金属・ラテックス・アルコール消毒 ( )	

- 5) 喘息: ない・ある ( 最終発作 \_\_\_\_\_ 歳頃 薬剤 \_\_\_\_\_ )

## 病歴について

- 1) 今までに、病気をされたことがありますか。また、現在治療中の病気はありますか。  
: ない・ある →下記へ詳しくご記入ください。

病 名	年 月	治療・手術・内服薬・フォロー状況・治療の許可	病 院 名
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		
	年 月頃 ~ 年 月頃		

- 2) 上記以外で現在内服中の薬(漢方薬、サプリメント含む)があれば記入してください。

--

