

問 診 票 ① (不妊外来)

妻 氏名	フリガナ	S 生年月日 H R	年 月 日生(歳)	職種	既婚:(初婚/再婚) 未婚
夫 氏名	フリガナ	S 生年月日 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 - -

本日はどのようなことで来院されましたか (ノマーク、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		
	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、その他のページ:)
6. 雑誌、情報誌を見て (雑誌名:)
7. 不妊専門相談センターからの紹介
8. 評判を聞いて
9. 妊活フェスに参加して
10. 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	- -

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

1) 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

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 _____)

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		

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。

--