

◎今後の治療に必要な問診ですので、空欄を作らずにご記入ください。

お名前： ( ) 歳 生-01a

身長( ) cm 体重( ) kg 初潮( )歳 最終月経 月 日

月経周期：生理が始まった日から次の生理までの日数 規則的・不規則 ( )日～( )日

出血期間( )日 月経量：少ない・普通・多い・不明 基礎体温をつけている： はい・いいえ

月経痛：なし・軽・重 (鎮痛剤：なし・たまに・毎回)

排便痛：なし・あり 性交痛：なし・あり

未婚(未婚・婚約中・事実婚)・既婚( )年( )月 離婚歴：なし・あり( )年( )月

ご職業： (例：会社員・パート・主婦など)

早朝夜間など不規則勤務：なし・時々・いつも

出張：なし・あり

薬剤アレルギー なし あり( )

食物アレルギー なし あり( )

その他アレルギー なし あり( )

●妊娠歴 ない方は、妊娠0回と記入してください。 妊娠( )回 分娩( )回 流産( )回 中絶( )回 その他( )

NO	西暦 年/月/日	年齢	妊娠週	児体重(g)	性別	健否	分娩方法 (吸引・帝王切開等)	流産や中絶など	分娩施設	その他 (体外受精や高血圧、分娩時の特記)
例	2011/12/9	27	39	3120	女	健	自然分娩		育良クリニック	促進剤使用

●ご自身の病気や生活習慣などに関して、該当する□に☑を入れ、下の空欄に年齢、治療方法(内服、手術等)、病院名をご記入ください。

子宮内膜症 筋腫・腺筋症 卵巣腫瘍 性感染症 精神疾患 高血圧 糖尿病 脳疾患 心疾患・循環器

緑内障 甲状腺疾患 喘息 自己免疫疾患 ガン 手術歴 その他

上記チェックした項目の詳細を記入してください。

飲酒 日/週 (量) /回 喫煙 才～ 本/日 現在服用中の薬 ( )

●ご家族の病気についてご記入ください。

実父：大きな病気はない・糖尿病・高脂血症・その他( ) 実母：大きな病気はない・糖尿病・高脂血症・その他( )

●1年以内に子宮頸がん検診を受けましたか？ なし ⇒ 近日中に職場健診等で受ける予定はありますか？ ない ある

ある ⇒ いつ頃ですか？ ( )年( )月頃 ⇒ 結果は？ 問題なし 問題あり

●風疹の抗体検査をしたことがありますか？ ある ない → (住民票は 目黒区 それ以外 )

女性用問診票

お名前 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◎治療のための重要な情報となりますので、詳細をお尋ねします。

\* 病院からの連絡時に病院名を告げて連絡を差し上げて宜しいでしょうか。(電話、郵便、メール)

はい ・ いいえ

避妊をせず、妊娠を希望されたのは大体いつ頃からですか? \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から

性交の頻度: 週 \_\_\_\_\_ 回 ・ 月 \_\_\_\_\_ 回 ・ \_\_\_\_\_ ヶ月に1回程度 その他 ( \_\_\_\_\_ )

<今後の治療や検査に関して>

治療に関してお聞きします。現時点でのお考えをお聞かせ下さい。(該当に○。複数回答可)

必要があれば薬を使いたい ・ 必要があっても全ての薬を使いたくない

①一般不妊検査 ②タイミング指導 ③人工授精 ④体外受精 ⑤不育症 ⑥セカンドオピニオン

特にご希望とされていることがあれば下記にお書きください。

□<検査・治療歴>

これまでに他院で不妊治療や検査を行ったことがありますか? なし・あり (施設名: \_\_\_\_\_)

上記で、「あり」とお答えになった方は下記をご記入ください。

一般血液検査: 未検査・実施 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ※他院の結果(本日持参・次回持参\*3ヶ月以内有効)

クラミジア検査: 未検査・実施 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月: 異常なし・異常あり ( \_\_\_\_\_ )

抗ミューラー管検査  
ホルモン検査: 未検査・実施 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月: 異常なし・異常あり ( \_\_\_\_\_ )

ヒューナーテスト: 未検査・実施 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月: 異常なし・異常あり ( \_\_\_\_\_ )

子宮卵管造影: 未検査・実施 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月: 異常なし・異常あり ( \_\_\_\_\_ )

子宮鏡検査: 未検査・実施 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月: 異常なし・異常あり ( \_\_\_\_\_ )

腹腔鏡検査: 未検査・実施 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月: 異常なし・異常あり ( \_\_\_\_\_ )

タイミング法: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～

人工授精: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ 自然周期 \_\_\_\_\_ 回 卵巣刺激周期 \_\_\_\_\_ 回

体外受精: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ 自然周期 \_\_\_\_\_ 回 卵巣刺激周期 \_\_\_\_\_ 回

顕微授精: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ 自然周期 \_\_\_\_\_ 回 卵巣刺激周期 \_\_\_\_\_ 回

## 男性用問診票

配偶者の方・パートナーについて伺います。

お名前：

才                      ご職業：                      (例：会社員・パート・自営業など)

早朝夜間など不規則勤務： なし ・ 時々 ・ いつも

出張： なし ・ あり

性交障害： なし ・ 勃起出来ないことがある ・ 射精出来ないことがある

既往歴（手術や入院したことがある病気をご記入下さい）：

喫煙：なし・あり：    才～    本／日

飲酒：全く飲まない・たまに飲む程度・定期的：    日／週×    (量)                      /回

&lt;実のご両親に大きな病気はありますか？&gt;

実父：大きな病気はない ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ その他：

実母：大きな病気はない ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ その他：

&lt;検査・治療歴&gt;

風疹抗体検査：未検査（住民票は目黒区・それ以外）・実施（抗体あり・抗体なしでワクチン済・不明）

精液検査：実施    年    月：異常なし・異常あり（                      ）

ホルモン検査：実施    年    月：異常なし・異常あり（                      ）

不妊治療に関する手術歴：                      年    月（手術内容                      ）

検査結果・治療方針に関して説明時に、両者（ご本人と配偶者やパートナー）がお揃いでない場合、ご来院のご本人（女性患者）に説明いたしますのでご了承ください。