ID：

問　診　票

年　　月　　日

診　察	□初めて　□以前（　　年　　月）に受診した	紹介者
住　所	〒	
電　話	携帯（　　）　自宅（　　）	
フリガナ		生　年　月　日
氏　名	職業	西暦 年　　月　　日（　　才）
フリガナ		生　年　月　日
夫・ﾊﾟｰﾄﾅｰ氏名	職業	西暦 年　　月　　日（　　才）
夫・ﾊﾟｰﾄﾅｰ電話	携帯（　　）	

1．下記の質問にお答えください

・身長、体重を教えてください（　身長　　ｃｍ　・　体重　　ｋｇ　）

・あなたの月経周期について

初経　（　　才）　・　最終月経（　　年　　月　　日　～　　日間　）

月経周期：最近6ヶ月の月経周期は（　おおむね規則的　・　不規則　）

→「規則的」と答えた方は何日ごとですか　（　　日）

「不規則」と答えた方　（最も短かった時　　日）（最も長かった時　　日）

出血量（　少ない　・　普通　・　多い　・　出血時ドロッとした塊が多く出る　）

生理痛（　ない　・　あるが我慢できる程度　・　薬　（　　）が必要　・　痛くて寝込む程　）

・性経験（　ある　・　ない　）　性交痛　（　ある　・　ない　）　性交障害（　ある　・　ない　）

・現在基礎体温はつけていますか（　はい　・　いいえ　）

・排卵検査薬の使用（　ある　・　ない　）

・いつご結婚されましたか（　　年　　月　　初婚　・　再婚　）

・夫　初婚　・　再婚（　子供：　有　・　無　）

・妊娠を希望されてどれくらいですか（　避妊せず性交渉をもってからの期間（　　年　　ヶ月　））

・子宮頸癌検査を受けたことがありますか（　いいえ　・　はい（　　年　　月ごろ　異常なし　・　有　））

2．妊娠について（早産、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、胎盤早期剥離、分娩時大量出血、HELLP症候群、新生児仮死、輸血、B群溶血性連鎖球菌などがあった場合は空白スペースに記入ください。**化学流産は記載不要です。**）

	年月日	分娩週数/経緯	中絶・流産	ご出産	性別/体重/身長	出産した病院	妊娠の経過
1	西暦　　年 月　　日	週　　日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男　・　女 g cm		
2	西暦　　年 月　　日	週　　日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男　・　女 g cm		
3	西暦　　年 月　　日	週　　日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男　・　女 g cm		
4	西暦　　年 月　　日	週　　日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男　・　女 g cm		

3．今までにかかった病気やケガ・手術について

①婦人科の病気　（　　）（　　）才のとき

②甲状腺の病気　（　　）（　　）才のとき

③その他の病気　（　　）（　　）才のとき

④心療内科・精神科にかかったことはありますか？　いいえ　・　はい（　　）

⑤現在治療中の病気はありますか？　いいえ　・　はい（　　）

⑥現在薬を飲んでいますか？　いいえ　・　はい（　　）

⑦手術を受けたことはありますか？　いいえ　・　はい（　　）

⑧アレルギーはありますか？　いいえ　・　はい（　食物・薬・花粉症・アトピー・ハウスダスト・その他　）

※食物、薬、その他アレルギーをお持ちの方は内容もご記入ください（　　）

⑨喘息はありますか？　いいえ　・　はい　・　以前はあった（　　才まであった　）

⑩タバコを吸いますか？　いいえ　・　はい（　1日　　本位　）

同居されている方は？　いいえ　・　はい（　1日　　本位　）（　どなたが　　）

⑪ご家族に高血圧の方はいますか？　いいえ　・　はい（　祖父・祖母・父・母・兄弟・ご主人　）

⑫ご家族に糖尿病の方はいますか？　いいえ　・　はい（　祖父・祖母・父・母・兄弟・ご主人　）

⑬風しん抗体検査（採血）を受けたことはありますか？　ない　・　ある（　　年　　月　　日　→　抗体あり　・　なし）

⑭風しん、もしくは風しん麻しん混合（MR）の予防接種を受けたことはありますか？（幼少期の場合はご自身の母子手帳参照）

ない　・　ある（　　年　　月　　日　→　風しん単独　・　風しん麻しん混合（MR））

4．不妊治療についてご質問します

・不妊治療を受けたことはありますか

はい　・　いいえ　・　検査のみ

はいとお答えの方へ→治療施設名①（　　）通院期間（　　年　　月　～　　年　　月）

治療施設名②（　　）通院期間（　　年　　月　～　　年　　月）

＊どのような検査を受けましたか

ホルモン採血（　　年　　月　異常なし　・　有　）子宮卵管造影（　　年　　月　異常なし　・　有　）

精液検査（　　年　　月　異常なし　・　有　）　通水検査（　　年　　月　異常なし　・　有　）

その他（　　）

※本日他院の検査結果を持参された方は、受付にご提出ください。

＊どのような治療を受けましたか

タイミング指導（　　回）　・　人工授精（　　回）　・　体外受精（採卵　　回）（移植　　回）

排卵誘発剤を使用したことはありますか　いいえ　・　はい（　　）

※※体外受精・顕微授精に○のある方は、別紙の「体外受精治療歴」をわかる範囲でご記入ください。

＊本日の受診目的は何ですか

不妊の相談　・　基本的な検査を受けたい　・　不妊治療　・　不育症検査　・　その他（　　）

・不妊治療に関するご希望を教えてください。

タイミング指導　（　希望する　・　必要に応じて希望する　・　分からない　・　希望しない　）

人工授精　（　希望する　・　必要に応じて希望する　・　分からない　・　希望しない　）

体外受精、顕微授精　（　希望する　・　必要に応じて希望する　・　分からない　・　希望しない　）

5．診察、その他、何かご要望等がございましたらご記入ください。

（　　）

体外受精の治療歴

ID：＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

		治療施設名	卵巣刺激法	採れた卵子の数	凍結保存卵
1	採卵		□ ロング法 □ ショート法 □ アンタゴニスト法 □ 低刺激（クロミッド・レトロゾール） □ 自然周期 □ 不明	個	個

治療開始日	採卵日	受精方法		現在の凍結個数
		体外	顕微	
年 月 日	年 月 日	個	個	個
（ 歳）	保険 ・ 自費			

移植	移植日	移植方法	妊娠の有無	請求方法	備考
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	

		治療施設名	卵巣刺激法	採れた卵子の数	凍結保存卵
2	採卵		□ ロング法 □ ショート法 □ アンタゴニスト法 □ 低刺激（クロミッド・レトロゾール） □ 自然周期 □ 不明	個	個

治療開始日	採卵日	受精方法		現在の凍結個数
		体外	顕微	
年 月 日	年 月 日	個	個	個
（ 歳）	保険 ・ 自費			

移植	移植日	移植方法	妊娠の有無	請求方法	備考
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	

		治療施設名	卵巣刺激法	採れた卵子の数	凍結保存卵
3	採卵		□ ロング法 □ ショート法 □ アンタゴニスト法 □ 低刺激（クロミッド・レトロゾール） □ 自然周期 □ 不明	個	個

治療開始日	採卵日	受精方法		現在の凍結個数
		体外	顕微	
年 月 日	年 月 日	個	個	個
（ 歳）	保険 ・ 自費			

移植	移植日	移植方法	妊娠の有無	請求方法	備考
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	
	年 月 日	新鮮 ・ 凍結	有 ・ 無	保険 ・ 自費	

※ 記入欄が足りない場合は、コピーしてお使いください。