

問診票

* 個人情報 は 当院 が 診療 に 必要 な 用途 以外 に は 使 い ませ ん。

* 緊急 時 など に ご 連絡 が 必要 な 場合 も あ り ま す の で、正 確 に ご 記 入 く だ さ い。

| | | | | |
|-----|--|-------|----------|-------|
| 妻 | ふりがな | | 携帯電話番号 | |
| | お名前 | (才) | 生年月日(西暦) | 年 月 日 |
| | | | ご職業 | |
| | | | 身長 cm | 体重 kg |
| 夫 | ふりがな | | 携帯電話番号 | |
| | お名前 | (才) | 生年月日(西暦) | 年 月 日 |
| | | | ご職業 | |
| | | | 身長 cm | 体重 kg |
| ご住所 | 〒 _____ | | | |
| | _____ | | | |
| | 自宅電話番号 | | | |
| その他 | 生命保険についてお聞きします。『先進医療特約』を付加していますか？ 【あり・なし・不明】 | | | |

| | | |
|-----------------|--|-----------------|
| 結婚について | <input type="checkbox"/> 既婚(初婚・再婚) 入籍日【(西暦) 年 月 日(才)】 <input type="checkbox"/> 離婚【(西暦) 年 月】 *前パートナーとの間の妊娠の有無 夫(あり・なし) 妻(あり・なし) <input type="checkbox"/> 婚約中【(西暦) 年 月頃入籍予定】 <input type="checkbox"/> 事実婚(内縁) <input type="checkbox"/> 未婚(具体的な入籍予定なし) | |
| 受診理由 (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 拳児希望 《第1子・第2子・第3子》 <input type="checkbox"/> 検査を希望(不妊症・不育症) <input type="checkbox"/> 一般治療希望(タイミング法・人工授精) <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精を希望 <input type="checkbox"/> 他院紹介 <input type="checkbox"/> 相談のみ(検査希望なし) <input type="checkbox"/> 流産・死産となる <input type="checkbox"/> 胚が着床しない <input type="checkbox"/> 性交ができない(勃起不全・射精しない) <input type="checkbox"/> 卵子凍結を希望 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 診察希望 | <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 藤本 先生 <input type="checkbox"/> 山本 先生 | |
| 月経歴 | 最終月経 | 年 月 日より、出血 日間持続 |
| | 初経年齢 | 才頃 |
| | 月経周期 | 日(順・不順) |
| | 月経量 | 多量・中等量・少量 |
| | 月経痛 | なし・軽度・痛・激痛 |
| 避妊期間 | 【あり・なし】『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。 年 月 ~ 年 月 | |

【妊娠歴】 妊娠されたことはありますか。【あり・なし】

| | | | |
|---|--------------------|------|--|
| 1 | 西暦 年 月 才 (出産年齢) | 妊娠 週 | <input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた) |
| 2 | 西暦 年 月 才 (出産年齢) | 妊娠 週 | <input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた) |
| 3 | 西暦 年 月 才 (出産年齢) | 妊娠 週 | <input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた) |

【奥様について】

【今まで経験した婦人科の病気/入院/手術や現在治療中の病気】はありますか？【あり・なし】
 (子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮頸がん・乳がんなど) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

| 時期(西暦) | 病名 | 治療内容(手術内容) |
|--------|----|------------|
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |

【今まで経験した婦人科以外の病気/入院】と【現在治療中の病気】があれば詳細をご記入ください。
 (循環器・消化器・整形外科・脳神経外科系など) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

| | | |
|----------------------|---------|--|
| 糖尿病 | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 甲状腺疾患 | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 膠原病疾患 | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 高血圧 | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 喘息 | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 精神科・心療内科 (病名) | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 血栓症 | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 上記以外の現在治療中の病気 () | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 過去に治療していた病気 () | 【なし・あり】 | (薬剤名) |
| 感染症の既往 | 【なし・あり】 | <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他() |
| アレルギー | 【なし・あり】 | <input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 抗生剤 (薬剤名) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 喫煙の習慣 | 【なし・あり】 | <input type="checkbox"/> 初めから吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸っている (1日 本) |
| 飲酒の習慣 | 【なし・あり】 | 【毎日・時々飲む】 |
| 採血で気分不快の経験 | 【なし・あり】 | <input type="checkbox"/> ベッドに横になって採血希望 |

【今まで経験した**婦人科以外の手術**】はありますか？【あり・なし】
 (循環器・消化器・脳神経外科系など) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

| 時期(西暦) | 病名 | 治療内容(手術内容) |
|--------|----|------------|
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |

【検査歴】

| 検査内容 | 時期(西暦) | 検査をした病院名 | 結果の詳細について |
|---------|--------------|----------|-----------|
| ホルモン検査 | 年 月・時期不明・検査未 | | 正常・異常【 】 |
| 子宮鏡検査 | 年 月・時期不明・検査未 | | 正常・異常【 】 |
| 卵管造影検査 | 年 月・時期不明・検査未 | | 正常・異常【 】 |
| 精液検査 | 年 月・時期不明・検査未 | | 正常・異常【 】 |
| 子宮頸がん検査 | 年 月・時期不明・検査未 | | 正常・異常【 】 |
| 風疹抗体検査 | 年 月・時期不明・検査未 | | 抗体あり・抗体なし |

【治療歴】 今までに不妊治療をしたことがありますか。【あり・なし】 病院名《 》

| | 時期 | 回数 | 使用した薬 |
|-----------------|------|---------|---------------------|
| タイミング法 | 年 月～ | 回 | 薬なし・内服・注射 薬剤名() |
| A I H (人工授精) | 年 月～ | 回 | 薬なし・内服・注射 薬剤名() |
| 体外受精 | 年 月～ | 採卵 回 | |
| | | 新鮮胚移植 回 | 凍結融解胚移植 回 |

【ご主人について】

【今までに経験した病気・入院・手術】や【現在治療中の病気】はありますか？【あり・なし】
 糖尿病・高血圧・喘息・おたふくかぜ・痛風・精神科や心療内科の病気()
 その他()

| | | |
|------------|--|---|
| アレルギー | 【なし・あり】 | <input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> 抗生剤(薬剤名) <input type="checkbox"/> その他() |
| 育毛剤の使用 | 【なし・あり】 | 育毛剤の名前() |
| 喫煙の習慣 | <input type="checkbox"/> 初めから吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸っている | 【吸っている方】 喫煙開始年齢 才 喫煙本数：1日 本 |
| 採血で気分不快の経験 | 【なし・あり】 | <input type="checkbox"/> ベッドに横になって採血希望 |

【その他医師に伝えておきたいことがあればご記入ください】

.....

.....

.....

【体外受精の記録】

| | |
|-------------|---|
| 体外受精の 詳細 | <input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれるが着床しない <input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれない <input type="checkbox"/> 採卵しても卵子が入っていないことが多い <input type="checkbox"/> 移植しても着床しない <input type="checkbox"/> 受精しにくい |
|-------------|---|

| 西暦 | | 年 | 月 | 病院名【 | | | 】 |
|---|-----|--|-----|--|--------------------------|-------------|---|
| 治療方法 | 採卵数 | 受精方法 | 受精卵 | 胚移植 | 妊娠の有無 | | |
| <input type="checkbox"/> 採卵 ロング法/ショート法 アンタゴニスト法 PPOS 法 自然 (クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど) 不明 | 個 | <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明 | 個 | <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 保険・自費 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結 | 陰性 妊娠反応陽性 流産 出産 | | |
| | | | 凍結数 | | | | |
| | | | 個 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 凍結 胚移植 | ① | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |
| | ② | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |
| | ③ | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |

| 西暦 | | 年 | 月 | 病院名【 | | | 】 |
|---|-----|--|-----|--|--------------------------|-------------|---|
| 治療方法 | 採卵数 | 受精方法 | 受精卵 | 胚移植 | 妊娠の有無 | | |
| <input type="checkbox"/> 採卵 ロング法/ショート法 アンタゴニスト法 PPOS 法 自然 (クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど) 不明 | 個 | <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明 | 個 | <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 保険・自費 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結 | 陰性 妊娠反応陽性 流産 出産 | | |
| | | | 凍結数 | | | | |
| | | | 個 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 凍結 胚移植 | ① | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |
| | ② | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |
| | ③ | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |

| 西暦 | | 年 | 月 | 病院名【 | | | 】 |
|---|-----|--|-----|--|--------------------------|-------------|---|
| 治療方法 | 採卵数 | 受精方法 | 受精卵 | 胚移植 | 妊娠の有無 | | |
| <input type="checkbox"/> 採卵 ロング法/ショート法 アンタゴニスト法 PPOS 法 自然 (クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど) 不明 | 個 | <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明 | 個 | <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 保険・自費 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結 | 陰性 妊娠反応陽性 流産 出産 | | |
| | | | 凍結数 | | | | |
| | | | 個 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 凍結 胚移植 | ① | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |
| | ② | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |
| | ③ | 年 | 月 | 保険・自費 | ホルモン補充・自然 / (Day 胚) | 陰性・陽性・流産・出産 | |

2026/4/24 改訂