



問診票

記入日: 年 月 日

本問診票における個人情報収集は、医療提供を行うために使用する目的で収集したものであり、他の目的で使用する事及び第三者に提供・開示することは一切ありません。また個人情報について細心の注意と最大限の努力をもって、保護・管理を行います。

※当院の個人情報取り扱いに同意されますか。 はい・いいえ

氏名	カガナ 妻	生年月日	年	月	日(才)
		身長	cm	体重	kg
	血液型	型	Rh()		
	職業・職種()				
氏名	カガナ 夫	生年月日	年	月	日(才)
		職業・職種()			
ご住所	〒	電話 番号	自宅		
			妻携帯		
			夫携帯		

<今回の受診目的を教えてください>

子供ができない 流産・死産がつづいた その他()

結婚・不妊歴について

結婚歴	結婚	年 月 日			
	夫	初婚 (子ども: 無・有 人) / 再婚 (子ども: 無・有 人)			
	妻	初婚 (子ども: 無・有 人) / 再婚 (子ども: 無・有 人)			
不妊歴	避妊期間	年 月 (年 月 ~ 年 月)			
	不妊期間	年 月 (年 月 ~)			
妊娠または出産		妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
①	年 月 才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.早産 4.流産 5.中絶		g 男/女
②	年 月 才	週	1. 2. 3. 4. 5		g 男/女
③	年 月 才	週	1. 2. 3. 4. 5		g 男/女

あなたの月経について

初潮	()才 (小・中・高 年)
月経周期	順調 (日周期) / 不順 持続日数 日間
	最終月経 年 月 日
	月経量 多い ・ 普通 ・ 少ない
	生理痛はありますか はい ・ いいえ
	月経時に気になることはありますか?

常用している薬やサプリメントはありますか？ ない・ある(薬品名)
薬や注射で副作用を起こしたことはありますか？ ない・ある(薬剤名)
輸血を受けたことがありますか？ ない・ある(歳頃)
アレルギー体質ですか？ いいえ・はい(薬剤・アトピー・花粉症・鼻炎・食べ物・その他)
今までどのような検査を受けましたか？(複数回答可) フナーテスト(性交後検査)・抗核抗体・抗カルジオリピン抗体・ホルモン検査・AMH検査 ・精液検査・抗精子抗体・染色体検査・クラミジア検査(正常/異常で治療済み/異常で未治療) ・卵管造影検査(両側通っている/片側のみ通っている/両側とも閉鎖)
今まで指摘されたことのある病気はありますか？(複数回答可) 卵管の異常・卵巣予備能低下・卵巣のう腫・多のう胞性卵巣・排卵障害・早発閉経・子宮筋腫・子宮内膜症・子宮内膜ポリープ・子宮腺筋症・高プロラクチン血症・ホルモンの異常・抗精子抗体陽性・男性因子・性交障害・染色体異常・甲状腺疾患・リウマチ・精神疾患・膠原病・肥満・糖尿病・心疾患・高血圧・喘息・腎疾患・肝疾患 ・クラミジア・淋病・梅毒・結核・B型肝炎・C型肝炎
今までにかかった主な病気・ケガ・手術について (治療内容/ 歳頃) (治療内容/ 歳頃)
ご家族に遺伝的病気をお持ちの方はいますか？ いいえ・はい(病名)父・母・兄弟・姉妹・祖父・祖母
当院でご希望される不妊治療はどれですか？ <input type="checkbox"/> タイミング療法から <input type="checkbox"/> 人工授精(AIH)から <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精などの高度生殖医療から <input type="checkbox"/> 他施設で行った不妊治療の second opinion を聞きたい

生活習慣について

夫婦生活	性生活は月に何回くらいありますか？ 約 回/週・月
	性生活に支障をきたすことがありますか？ ない・ある (勃起障害・射精障害・生活時間のずれ・性交できない)
たばこ	吸わない・吸う(歳から 本/1日)
お酒	飲む(種類 ・飲酒量 /1回・頻度 週に 回)・飲まない
その他、伝えたいことがあればお書きください	

これまでに不妊治療を受けられたことがある方は、「治療歴記入表」(別紙)の記入をお願いします。