



問診表

カルテNo. _____

氏名 (_____) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・今回、診察にいらっしゃった理由についてお答えください。

1. 赤ちゃんが欲しいと思って (_____ 年 _____ 月) ・何人目ご希望ですか。 (_____ 人目希望)

2. どの治療をご希望されていますか。 タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精・未定 (検査結果により決定)

3. その他 (_____)

・局所麻酔を使用したことはありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、副作用はありましたか。 はい (薬名: _____) ・ いいえ

・薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、副作用はありましたか。 はい (薬名: _____) ・ いいえ

・以前または現在、おおきな病気や手術 (婦人科含め) を受けたことがありますか。 はい ・ いいえ

▶ 「はい」と答えた方は、下記の表にご記入ください。

診断日	病名	施設名	手術施行	処方について
平成 _____ 年 _____ 月			未・済	あり (薬名: _____) ・ なし
平成 _____ 年 _____ 月			未・済	あり (薬名: _____) ・ なし
平成 _____ 年 _____ 月			未・済	あり (薬名: _____) ・ なし

*手術施行歴のある方は施行日のご記入をお願いいたします。(平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

・たばこは吸いますか。 はい (1日 _____ 本) ・ いいえ

・お酒は飲みますか。 はい (頻度: _____ 量: _____) ・ いいえ

月経についてお答えください。

周期はどれくらいですか。	_____ ~ _____ 日周期	順 / 不順 / どちらともいえない
出血は何日間ありますか。	_____ 日間	
最近の月経開始日はいつですか。	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~	
月経痛はありますか。	ある (頭・下腹部・腰・その他 (_____)) ・ いいえ	
痛み止めは飲んでいますか。	はい (薬品名: _____) ・ いいえ	

・1ヵ月あたりの性生活はだいたい何回くらいですか。 (_____ 回)

・今まで排卵日に性生活を持つようになってきましたか。 常に ・ たまに ・ 気にしていない

・乳房を押すと乳汁が出ることはありますか。 はい ・ いいえ

・風疹にかかったことはありますか。 はい・いいえ・覚えていない (風疹ワクチン接種歴 あり・なし・覚えていない)

・子宮癌検査を受けたことがありますか。 頸癌: はい (異常あり・なし 施行年月 平成 _____ 年 _____ 月) ・ いいえ

体癌: はい (異常あり・なし 施行年月 平成 _____ 年 _____ 月) ・ いいえ

・ご自身の血縁の中に遺伝子疾患、高血圧、糖尿病の方はいらっしゃいますか。

はい (続柄: _____ 疾患名: _____) ・ いいえ

パートナー様についてご記入お願いいたします。

大きな病気をしたことがありますか。	はい (病名: _____、服用中の薬品名: _____) ・ いいえ
たばこは吸いますか。	はい (1日 _____ 本) ・ いいえ
お酒は飲みますか。	はい (頻度: _____ 量: _____) ・ いいえ
再婚の場合お子様はいますか。	はい (_____ 人) ・ いいえ

裏面もご記入お願いいたします。(裏面は患者様ご自身の問診となります。)

・今までに妊娠したことはありますか。 はい ・ いいえ

▶「はい」と答えた方は下記にご記入ください。

妊娠の仕方	妊娠の転機	出生体重	性別
自然 / 不妊治療	年 月 日 出産 (週 日) / 流産・死産 (週) / 子宮外妊娠 / 中絶	g	男・女
自然 / 不妊治療	年 月 日 出産 (週 日) / 流産・死産 (週) / 子宮外妊娠 / 中絶	g	男・女
自然 / 不妊治療	年 月 日 出産 (週 日) / 流産・死産 (週) / 子宮外妊娠 / 中絶	g	男・女

記入スペースが足りない場合はこちらにご記入ください。また、上の表で不妊治療とお答えの方は治療内容をご記入ください。

・下記の検査受けたことがある方はご記入ください。わかる範囲で結構です。

血液検査	施設名	施行年月	結果	コメント
E2		平成 年 月		
LH		平成 年 月		
FSH		平成 年 月		
プロゲステロン		平成 年 月		
プロラクチン		平成 年 月		
甲状腺機能検査		平成 年 月		
抗精子抗体		平成 年 月		
クラミジア (抗体)		平成 年 月		
風疹抗体		平成 年 月		
AMH		平成 年 月		
感染症		平成 年 月		
検査	施設名	施行年月	結果	コメント
フーナーテスト		平成 年 月		
通気・通水検査		平成 年 月		
卵管造影検査		平成 年 月		
腹腔鏡検査		平成 年 月		
子宮鏡検査		平成 年 月		
精液検査		平成 年 月		

・下記の治療を受けたことがある方はご記入ください。

治療	施設名	回数	最終施行年月	コメント
タイミング		回	平成 年 月	
人工授精		回	平成 年 月	
採卵		回	平成 年 月	
卵巣刺激方法	自然 回 ・ ロング法 回 ・ ショート法 回 ・ アンタゴニスト法 回			
受精方法	体外受精 回 ・ 顕微授精 回			
胚移植		回	平成 年 月	
移植方法	新鮮胚移植 回 ・ 凍結胚移植 (自然) 回 ・ 凍結胚移植 (ホルモン補充) 回			

・今周期不妊治療において服用したお薬はありますか。 はい ・ いいえ

▶「はい」と答えた方はご記入ください。(排卵誘発剤: _____ ・その他: _____)

<アンケートのご協力をお願いいたします。>

妊娠希望セミナーに参加されましたか。 はい (平成 年 月/ご本人のみ・パートナー様のみ・お二人で) ・ いいえ

生殖医療セミナーに参加されましたか。 はい (平成 年 月/ご本人のみ・パートナー様のみ・お二人で) ・ いいえ

当院は何でお知りになりましたか。 ネット/友人・知人の紹介/ジネコ/雑誌/他院の紹介/その他

↳(氏名: _____) ↳(施設名: _____)

・治療をお受けになるにあたり、ご希望ございましたらご記入お願いいたします。



ご記入ありがとうございました。