



問診表

カルテNo. () 氏名 () 20 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 ヶ月) ・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. 相談のみ () 4. 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

・現在、内服している薬はありますか。 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(年月)	処方について
年 月			未・済(年 月)	あり (薬名:) ・ なし
年 月			未・済(年 月)	あり (薬名:) ・ なし
年 月			未・済(年 月)	あり (薬名:) ・ なし

・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。	20 年 月 日 ~
月経痛はありますか。	はい (頭・下腹部・腰・その他 ()) ・ いいえ
痛み止めやピルは飲んでいませんか。	はい (薬品名:) ・ いいえ

・1ヵ月あたりの性生活は何回ぐらいですか。(回) / シリンジ法は行ったことがありますか。 はい ・ いいえ

・今まで排卵日に性生活を持つようにしてきましたか。 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がありますか。 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 ・ 不明

・風疹ワクチンを接種したことはありますか。 はい (年 月) ・ いいえ ・ 不明

・風疹検査を受けたことがありますか。 はい (年 月/数値) ・ いいえ ・ 不明

・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 年 月) ・ いいえ

体癌: はい (異常あり・なし 施行年月 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 (種類: 1日 本) ・ いいえ

お酒は飲みますか。 はい (頻度: 量:) ・ いいえ

増毛剤は使用していますか。 はい (名称:) ・ いいえ

再婚の場合お子様はいますか。 はい (人) ・ いいえ

・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、下記の表にご記入ください。

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

・下記の検査受けたことがある方はご記入ください。 ※西暦でのご記入をお願いします。

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

・下記の治療受けたことがある方はご記入ください。

一般不妊治療	施設名	回数	最終施行年月	コメント
タイミング		回	年 月	
人工授精		回	年 月	
高度生殖補助医療(保険)	施設名	保険回数	最終施行年月(保険診療)	コメント
採卵		回	年 月	
卵巣刺激方法	自然 回 加ミッド法 回 ｵｸﾞ法 回 ヨｰﾄ法 回 ｱｯｸｼﾞﾝｽﾄ法 回 PPOS法 回			
受精方法	体外受精 回 ・ 顕微授精 回			
胚移植		回	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			
高度生殖補助医療(自費)	施設名	自費回数	最終施行年月(自費診療)	コメント
採卵		回	年 月	
卵巣刺激方法	自然 回 加ミッド法 回 ｵｸﾞ法 回 ヨｰﾄ法 回 ｱｯｸｼﾞﾝｽﾄ法 回 PPOS法 回			
受精方法	体外受精 回 ・ 顕微授精 回			
胚移植		回	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			

※保険診療での移植回数に誤りがある場合は、数ヵ月後に自費請求にて対応させていただきます。

・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(年 月/ご本人のみ・パートナー様のみ・お二人で) ・ いいえ

・培養士セミナーに参加されましたか。 はい(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

↳() ↳()

・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をお願いいたします。