

問診票

初診受診日 西暦 年 月 日

※ご夫婦のお名前は健康保険証にご記載の通りにご記入ください。 ※電話や郵送などで連絡をとらせていただく場合がございます。

妻	ふりがな	生年月日 (年齢 歳)	ご職業
	氏名 様	昭・平 年 月 日	
	ご住所 〒 -		身長 cm
			体重 kg
	電話番号(携帯電話)	電話番号(ご自宅)	血液型 型 (Rh)
(外国人の方はお答えください)			喫煙
★ 日本語での会話 可能 / 不可			★ 日本語の読解(仮名・漢字) 可能 / 不可
			無・有(___本/日)
夫	ふりがな	生年月日 (年齢 歳)	ご職業
	氏名 様	昭・平 年 月 日	
	ご住所(奥様と別居の場合にご記入ください) 〒 -	電話番号(携帯電話)	
	(外国人の方はお答えください)		
★ 日本語での会話 可能 / 不可			★ 日本語の読解(仮名・漢字) 可能 / 不可

1. ご希望の治療内容 (複数可)

- ① 保険診療 ② 自由診療
 a タイミング法 b 人工授精 c 体外受精 d 顕微授精 e その他()

2. 当院受診の動機

- a 他医の紹介 (病院、医師名:) 紹介状: 有・無)
 b 新聞、雑誌等 (誌名) c ホームページ
 d 知人の紹介 () e インターネット (検索ワード:)
 f 当院実施の無料電話相談 g その他 ()

3. あなたの月経について

- ① 初潮は _____ 歳のとき
 ② 月経周期は _____ 日 ~ _____ 日型 (順・不順) ③ 出血の持続 約 _____ 日間
 ④ 月経痛 (なし・あり) 鎮痛剤を使用 (しない・する) : 薬剤名)
 ⑤ 月経量 (少・普通・多) ⑥ 血のかたまりが (出る・出ない)
 ⑦ 最終月経は _____ 月 _____ 日より _____ 日間

4. 婚姻状況について

既婚(法律婚) 現在の婚姻 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳で結婚
 内縁/事実婚 _____ 年頃 ~ 同居 : なし・あり (住民票の住所 : 同一・別)
 未婚 結婚予定 : 未定・あり (_____ 年 _____ 月頃)
 離婚歴がある場合 妻 (離婚: _____ 歳のとき) 夫 (離婚: _____ 歳のとき)

5. 妊娠を希望してから何年になりますか _____ 年

6. 妊娠歴 なし・あり(ありの方は下表をご記入ください)

	1 年 月	2 年 月	3 年 月
出産	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否
流産	週	週	週
子宮外妊娠	週	週	週

7. 既往歴・手術歴

① 病気になったり、手術を受けたことがありますか(婦人科以外も含める) いいえ・はい(はいの方は下表をご記入ください)

病気	____ 歳のとき 病名()	____ 歳のとき 病名()
手術	____ 歳のとき 術名()	____ 歳のとき 術名()

② 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか いいえ・はい(はいの方は下表をご記入ください)

・治療の内容()	内服中の薬()
・治療の内容()	内服中の薬()

③ 今までに使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか いいえ・はい(はいの方は下表をご記入ください)

・薬品名()	症状()
・薬品名()	症状()

④ 喘息やアレルギーはありますか いいえ・はい()

⑤ 1年以内に子宮癌検診を受けましたか いいえ・はい(____ 年 結果 ____)

⑥ 1年以内に乳癌検診を受けましたか いいえ・はい(____ 年 結果 ____)

⑦ 性感染症にかかったことがありますか いいえ・はい()

8. 今までの不妊治療歴 なし・あり(期間 ____ 年 不妊の原因:)

一般不妊 検査	タイミング法	なし	あり(____ 回 施設名:)
	排卵誘発剤投与	なし	あり(____ 回 施設名:)
	通水検査	なし	あり(時期 ____ 年 ____ 月 ____ 日: 結果 ____ 施設名)
	子宮卵管造影	なし	あり(時期 ____ 年 ____ 月 ____ 日: 結果 ____ 施設名)
	人工授精	なし	あり(____ 回 施設名:)
	子宮鏡検査	なし	あり(時期 ____ 年 ____ 月 ____ 日: 結果 ____ 施設名)
	CD138	なし	あり(時期 ____ 年 ____ 月 ____ 日: 結果 ____ 施設名)
	AMH 採血	なし	あり(時期 ____ 年 ____ 月 ____ 日: 結果 ____ 施設名)
体外受精	採卵	なし	あり(____ 回 施設名:) 保険診療での採卵術 なし あり(初回治療同意時の妻の年齢 ____ 歳)
	新鮮胚移植	なし	あり(____ 回 施設名:)
	凍結胚移植	なし	あり(____ 回 施設名:)
	保険診療での胚移植術	なし	あり(実施回数 ____ 回 施設名)

9. ご主人について

① 病気になったり、手術を受けたことがありますか	いいえ・はい(____ 歳のとき 病名/術名:)
② 現在、治療中の病気や内服中の薬はありますか	いいえ・はい(治療内容: ____ 内服中の薬: ____)
③ 精液検査をしたことがありますか	いいえ・はい(結果 ____ 施設名)

10. 本日、特に質問したい内容をご記入ください。