

◎今後の治療に必要な問診ですので、空欄を作らずにご記入ください。

お名前： ( ) 歳

身長( )cm 体重( )kg 初潮( )歳 最終月経 月 日

月経周期：生理が始まった日から次の生理までの日数 規則的・不規則 ( )日～( )日

出血期間( )日 月経量：少ない・普通・多い・不明 基礎体温をつけている：はい・いいえ

月経痛：なし・軽・重 (鎮痛剤：なし・たまに・毎回)

排便痛：なし・あり 性交痛：なし・あり

未婚(未婚・婚約中・事実婚)・既婚( )年( )月 離婚歴：なし・あり( )年( )月

ご職業： (例：会社員・パート・主婦など)

早朝夜間など不規則勤務：なし・時々・いつも

出張：なし・あり

薬剤アレルギー なし あり( )

食物アレルギー なし あり( )

その他アレルギー なし あり( )

●妊娠歴 ない方は、妊娠0回と記入してください。 妊娠( )回 分娩( )回 流産( )回 中絶( )回 その他( )

NO	西暦 年/月/日	年齢	妊娠週	児体重(g)	性別	健否	分娩方法 (吸引・帝王切開等)	流産や中絶など	分娩施設	その他 (体外受精や高血圧、分娩時の特記)
例	2011/12/9	27	39	3120	女	健	自然分娩		育良クリニック	促進剤使用

●ご自身の病気や生活習慣などに関して、該当する□に☑を入れ、下の空欄に年齢、治療方法(内服、手術等)、病院名をご記入ください。

子宮内膜症 筋腫・腺筋症 卵巣腫瘍 性感染症 精神疾患 高血圧 糖尿病 脳疾患 心疾患・循環器

緑内障 甲状腺疾患 喘息 自己免疫疾患 ガン 手術歴 その他

上記チェックした項目の詳細を記入してください。

飲酒 日/週 (量) /回 喫煙 才～ 本/日 現在服用中の薬( )

●ご家族の病気についてご記入ください。

実父：大きな病気はない・糖尿病・高脂血症・その他( ) 実母：大きな病気はない・糖尿病・高脂血症・その他( )

●1年以内に子宮頸がん検診を受けましたか？ なし ⇒ 近日中に職場健診等で受ける予定はありますか？ ない ある

ある ⇒ いつ頃ですか？( )年( )月頃 ⇒ 結果は？ 問題なし 問題あり

●大人になってから風疹の抗体検査をしたことがありますか？

ある ⇒ 抗体が十分あった。 抗体が不十分だった為ワクチンを接種した。 抗体が不十分だったがワクチンを接種をしていない。

なし ⇒ (住民票は 目黒区 それ以外)

目黒区に☑された方(対象年齢19歳～59歳)：先天性風疹症候群の発生防止目的で、風疹の抗体検査(採血)及び検査の結果必要と判断された方は予防接種を無料です。検査を希望されますか？ はい いいえ

お名前

記入日： 年 月 日

◎ 治療のための重要な情報となりますので、詳細をお尋ねします。

\*病院からの連絡時に病院名を告げて連絡を差し上げて宜しいでしょうか。 はい いいえ

妊娠のために努力された期間はどのくらいですか？ 年 ヶ月

性生活について：月 / 週 回 ① 性交痛があり、性交困難 ② EDである ③ 膣内射精ができない  
④ セックスレス ⑤ その他 ( )

<今後の治療や検査に関して> 治療・検査に関して、現時点でのお考えをお聞かせ下さい。(複数回答可)

- ・当院で希望される治療をお選びください  
①出来るだけ自然妊娠 ②人工授精 ③体外受精・胚移植 ④不育症 ⑤医師と相談
- ・ご希望の検査・治療範囲(詳細等は診察時にご説明いたします。)  
①必要最小限の検査・治療 ②出来るだけ保険の範囲での治療・検査 ③医師・スタッフの意見を聞きたい
- ・診療/検査についてご希望がある場合はご記入下さい。

◎ 他院で行ったことがある検査がありましたらご記入ください

検査	なし / あり	→	年	月	正常 / 異常 / 不明
一般採血検査	なし / あり	→	年	月	正常 / 異常 / 不明
ホルモン採血検査	なし / あり	→	年	月	正常 / 異常 / 不明
AMH	なし / あり	→	年	月	正常 / 高い/低い/ 不明
クラミジア検査	なし / あり	→	年	月	正常 / 異常 / 不明
フーナー検査	なし / あり	→	年	月	正常 / 異常 / 不明
子宮卵管造影	なし / あり	→	年	月	右：正常 / 異常 / 不明 左：正常 / 異常 / 不明
甲状腺検査	なし / あり	→	年	月	正常 / 異常 / 不明
精液検査	なし / あり	→	年	月	正常 / 異常 / 不明

◎ 今までに不妊治療歴はありますか？(はい・いいえ) ※治療歴がある方は、以下にご記入ください。

開始年月	治療内容	病院名
西暦 年 月	タイミング ( ) 回・人工授精 ( ) 回・採卵 ( ) 回・移植 ( ) 回	
西暦 年 月	タイミング ( ) 回・人工授精 ( ) 回・採卵 ( ) 回・移植 ( ) 回	
西暦 年 月	タイミング ( ) 回・人工授精 ( ) 回・採卵 ( ) 回・移植 ( ) 回	
西暦 年 月	タイミング ( ) 回・人工授精 ( ) 回・採卵 ( ) 回・移植 ( ) 回	
西暦 年 月	タイミング ( ) 回・人工授精 ( ) 回・採卵 ( ) 回・移植 ( ) 回	

◎ 他院で体外受精の治療歴がございましたらご記入下さい。

採卵	体外受精/顕微授精	刺激方法	採卵個数	凍結個数	特記事項
移植	新鮮胚移植/融解胚移植	移植方法 (自然orHRT)	移植個数	妊娠判定	特記事項
例 20〇〇/△/□	体外受精	アンタゴニスト法	※個	※個	
例 21〇〇/△/□	融解胚移植	HRT	※個	陰性	
/ /					
/ /					
/ /					

検査・治療に関しましてはご夫婦もしくはパートナーの同意が必要です。  
こちらの問診票を基に検査や治療を行ってまいります。

お名前

記入日： 年 月 日

*病院からの連絡時に病院名を告げて連絡を差し上げて宜しいでしょうか。		はい	・	いいえ
年齢：	歳	ご職業：		
・結婚：	西暦	年	月	離婚歴：なし・あり→元配偶者との間に子ども
				なし・あり
・早朝夜間など不規則勤務：	なし	・	時々	・
			いつも	・
			出張：	なし
				・
・高熱を出したことがある：	いいえ	・	はい	( 歳・病名： )
・精巣(睾丸)の打撲や怪我をしたことはある：	いいえ	・	はい	( 歳・病名： )
・おたふく風邪にかかったことがある：	いいえ	・	はい	( 歳)
・既往歴(睾丸の腫れや病気・手術や入院したことがある病気をご記入下さい)				
喫煙：なし・あり： 才～ 本/日				
飲酒：全く飲まない・たまに飲む程度・定期的： 日/週× (量) /回				
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )	
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	( )	

<実のご両親に大きな病気はありますか？>

実父：大きな病気はない	・	糖尿病	・	高脂血症	・	その他：
実母：大きな病気はない	・	糖尿病	・	高脂血症	・	その他：

<検査・治療歴>

風疹抗体検査：	未検査	(住民票は目黒区・それ以外)	・	実施	(抗体あり・抗体なしでワクチン済・不明)
精液検査：	実施	年	月：	異常なし・異常あり	( )
ホルモン検査：	実施	年	月：	異常なし・異常あり	( )
・性機能について当てはまること・気になることはありますか？					
<input type="checkbox"/> 性欲がない	<input type="checkbox"/> 勃起しない	<input type="checkbox"/> 挿入できない	<input type="checkbox"/> 膣内射精ができない	<input type="checkbox"/> 射精しない	
<input type="checkbox"/> 射精感があるが精液が出ない	<input type="checkbox"/> その他	( )			

検査結果・治療方針に関して説明時に、両者(ご本人と配偶者やパートナー)がお揃いでない場合、ご来院のご本人(女性患者)に説明いたしますのでご了承ください。

検査・治療に関しましてはご夫婦もしくはパートナーの同意が必要です。  
こちらの問診票を基に検査や治療を行ってまいります。