

## 問診表①

※わかる範囲でご記入下さい

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
 職業 \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_ 型 Rh \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
 喫煙：□なし □あり \_\_\_\_\_ 本/日

1. ご来院の目的にチェックを入れてください

体外受精などの高度生殖医療（保険診療希望・自費診療希望・わからない）  
 （当院の体外受精セミナー \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 参加済・予約済・予約未）

タイミング指導や人工授精などの一般不妊治療 不妊検査

その他（ \_\_\_\_\_ ）

お子様を希望されてからの期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

2. 紹介状はありますか？ ない ある（受付へ提出してください）

3. 月経についてお答えください

初経：\_\_\_\_\_ 歳 月経の周期：□順調 □不順 \_\_\_\_\_ ～ \_\_\_\_\_ 日型 期間：\_\_\_\_\_ 日間

経血量：□少ない □普通 □多い 月経痛：□軽い □普通 □重い

一番最近の月経：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より \_\_\_\_\_ 日間

いつもの月経と同じでしたか？ はい いいえ（ \_\_\_\_\_ ）

基礎体温表はつけていますか？ はい（アプリ名： \_\_\_\_\_ ） いいえ

※ルナルナ使用中の方で当院の番号発行済みの方（ルナルナデータ番号 \_\_\_\_\_ ）

4. 妊娠についてお答えください。

妊娠されたことがありますか？ ある（下の質問にお答えください） ない

妊娠 \_\_\_\_\_ 回，分娩 \_\_\_\_\_ 回（早産 \_\_\_\_\_ 回，死産 \_\_\_\_\_ 回），人工中絶 \_\_\_\_\_ 回，

自然流産 \_\_\_\_\_ 回，子宮外妊娠 \_\_\_\_\_ 回，胞状奇胎 \_\_\_\_\_ 回

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ \_\_\_\_\_ 週）経膈分娩・帝王切開・流産・子宮外妊娠・胞状奇胎

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ \_\_\_\_\_ 週）経膈分娩・帝王切開・流産・子宮外妊娠・胞状奇胎

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ \_\_\_\_\_ 週）経膈分娩・帝王切開・流産・子宮外妊娠・胞状奇胎

5. 現在の婚姻関係についてお答えください

入籍している \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月入籍（初婚・再婚）

入籍していない（近々入籍予定 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月・入籍予定なし）

事実婚（当院は事実婚の体外受精には対応しておりません）

6. 夫（パートナー）についてお答えください

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

職業 \_\_\_\_\_ （出張が多い、夜勤がある） 喫煙：□なし □あり \_\_\_\_\_ 本/日

健康状態について 良好 病気がある（病名： \_\_\_\_\_ 治療：あり・なし）

7. 性交渉（最近3か月）についてお答えください

あり なし

性交渉の頻度：□月に □週に（ \_\_\_\_\_ ～ \_\_\_\_\_ ）回

裏面も必ずご記入ください

8. 過去に他の病院で不妊の相談・検査・治療を受けたことがありますか？

ない ある

年 月～ 年 月 病院  
 年 月～ 年 月 病院

7. 過去に他の病院で不妊の検査を受けたことがある方はご記入ください。

超音波検査 子宮卵管造影検査 卵管通水・通気検査  
頸管粘液・フナーテスト クラミジア検査 ホルモン検査  
腹腔鏡・子宮鏡 一般精液検査 その他

8. 過去に他の病院で不妊の治療を受けたことがある方はご記入ください。

タイミング指導 病院\_\_\_\_\_ 排卵誘発（経口・注射）病院\_\_\_\_\_  
人工授精 \_\_\_\_\_回 病院\_\_\_\_\_  
体外受精・GIFT \_\_\_\_\_回 病院\_\_\_\_\_  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

9. 過去の病気・手術についてお答えください。

1) 今までに婦人科疾患を指摘されたことがある方はご記入ください。

年 才 病名 (治療中・治療済)  
 年 才 病名 (治療中・治療済)

2) 今までに婦人科以外の疾患にかかったことがある方はご記入ください。

年 才 病名 (治療中・治療済)  
 年 才 病名 (治療中・治療済)

3) 今までに手術を受けたことがある方はご記入ください。

年 才 病名 手術  
 年 才 病名 手術

10. アレルギーについてお答えください。 例；食物，薬剤（特に抗生剤）

ない ある（具体的にご記入ください）

（何： \_\_\_\_\_ どのような症状： \_\_\_\_\_ ）

11. ご家族が病気にかかったことがある場合，具体的にご記入ください。

例；父、母、兄、弟、姉、妹／高血圧・糖尿病・心臓病・癌・アレルギーなど

父：健在 病気（ \_\_\_\_\_ ） 死去（ \_\_\_\_\_ 歳）

母：健在 病気（ \_\_\_\_\_ ） 死去（ \_\_\_\_\_ 歳）

ご夫婦それぞれの兄弟・姉妹に大きな病気、遺伝的な病気の方がいらっしゃる場合は  
 ご記入ください 健在 病気（ \_\_\_\_\_ ）

12. 普段常用している薬/サプリがありますか？

薬 なし あり（薬名： \_\_\_\_\_ ）

サプリ なし あり（サプリ名： \_\_\_\_\_ ）

年 月 日 氏名

受付へ提出してお待ちください

