



問診表

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID: _____

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg

住所: 〒 _____
: _____

生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ご職業: _____

連絡先: TEL _____ - _____ - _____ (携帯 _____ - _____ - _____)

メールアドレス: _____ @ _____

パートナー氏名: _____ 年齢: _____ 歳

生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ご職業: _____

★本日はどのようなことで来院されましたか。

- 不妊の相談 妊娠を希望されてどのくらいの期間が経過していますか? _____ 年 _____ ヶ月
- 体外受精・顕微授精相談 不育症・習慣流産の相談(妊娠するが流産となる等)
- 卵子凍結(今後の妊娠に向けて) ブライダルチェック セカンドオピニオン(不妊治療相談)
- その他(_____)

★結婚についてお答えください。

- 結婚(_____ 年 _____ 月) 離婚(_____ 年 _____ 月) 再婚(_____ 年 _____ 月)
- 婚約中(_____ 年 _____ 月結婚予定) 未婚

★妊娠についてお答えください

妊娠分娩歴: 妊娠(_____)回・分娩(_____)回・流産(_____)回・人工妊娠中絶(_____)回

※妊娠歴がある方は詳しくお答えください。妊娠歴が5回以上ある方は余白に記載してください。

- ①西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊娠 _____ 週 g 男・女 正常・帝王切開(病院名 _____)
- ②西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊娠 _____ 週 g 男・女 正常・帝王切開(病院名 _____)
- ③西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊娠 _____ 週 g 男・女 正常・帝王切開(病院名 _____)
- ④西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 妊娠 _____ 週 g 男・女 正常・帝王切開(病院名 _____)

★最終の子宮頸がん検診はいつですか。

- 未施行 あり(_____ 年 _____ 月)

★月経についておたずねします。

初経_____歳 一番最近の月経は_____月 _____日から _____月 _____日まで

月経は何日続きますか？_____日間

月経周期：_____～_____日周期(規則的・不規則)

月経量：少量・普通・多量 血のかたまり(あり・なし)

月経痛：なし・弱い・強い(下腹部痛・頭痛・腰痛) 鎮痛薬内服(なし・あり)

基礎体温を付けたことがありますか？(あり・なし) ありの場合：二相性・一相性・不明

★今まで、婦人科の病気を指摘されたことはありますか？

なし

子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 卵巣チョコレート嚢腫(右・左・両側)

子宮頸癌検診異常 クラミジア感染 婦人科悪性腫瘍 その他(_____)

*上記に対し行った治療 なし 経過観察のみ 薬物療法(_____)

ありの場合(_____年 _____月、手術名_____)

★現在内服中(飲んでいる)のお薬を教えてください。(_____)

★現在、もしくは過去に大きな病気・手術等をされましたか？

なし

喘息(気管支喘息・小児喘息 最終発作_____年 _____月頃 吸入器使用した)

咳喘息 てんかん(内服薬_____最終発作_____年 _____月頃)

糖尿病 高血圧 消化器疾患 甲状腺疾患(機能亢進症・機能低下症)

心臓疾患 肝臓疾患 腎臓疾患

精神疾患 感染症(クラミジア・B型肝炎・C型肝炎・梅毒) その他(_____)

★アレルギーについておたずねします。

*薬剤アレルギー なし あり:(薬品名_____)

*食物アレルギー なし あり:(食品名_____)

*アルコール綿の使用 可 不可

*その他のアレルギー なし あり:(_____)

★タバコを吸いますか？ 吸わない・吸う(_____本/日×_____年)

★お酒を飲みますか？ 飲まない・飲む(_____合/日×_____年)

★パートナー様についておたずねします。

身長：_____cm 体重：_____kg

タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う(_____本/日×_____年)

*現在治療中の病気はありますか？

なし あり:(疾患名_____治療内容_____)

*泌尿器科系の疾患はありますか？

なし あり:(疾患名_____)

★お分かりになる範囲で結構ですので今まで受けられた検査・治療をご記入をお願いします。

検査内容	検査日	実施施設	検査結果
<input type="checkbox"/> ホルモン検査			
<input type="checkbox"/> 子宮鏡			
<input type="checkbox"/> 卵管造影			
<input type="checkbox"/> 精液検査			
<input type="checkbox"/> 不育症検査			
<input type="checkbox"/> 反復着床不全の検査			

治療内容

- タイミング療法 (回) 最終治療日(年 月)
 人工授精 (回) 最終治療日(年 月)

★今までに、高度生殖医療を受けられたことがある方は下記を記入してください。

治療歴:採卵回数(回) <体外受精(回) 顕微授精(回) >
 胚移植回数(回)

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵1回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・その他		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		2回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		3回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		4回目の移植	初期胚・胚盤胞					

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵2回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・その他		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		2回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		3回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		4回目の移植	初期胚・胚盤胞					

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵3回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・その他		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		2回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		3回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		4回目の移植	初期胚・胚盤胞					

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵4回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・その他		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		2回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		3回目の移植	初期胚・胚盤胞					
年 月		4回目の移植	初期胚・胚盤胞					