

問診票

ID. 記入日 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏名		配偶者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)	生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)

身長: cm 体重: kg 血液型: 型 (記入必須)

1. 本日受診された理由は？

- ・なかなか妊娠しない
- ・出血がある
- ・妊娠するが流産・死産となる (回)
- ・下腹部痛・腰痛がある
- ・第2子希望
- ・尿が近い
- ・他院にて体外受精を勧められた
- ・おりものが気になる・かゆみがある
- ・夫婦生活がうまくいかない (夫・妻)
- ・その他 ()

2. 内服薬や注射薬でアレルギーを経験したことがありますか？

- ・あり (薬品名:)
- ・なし

3. 薬以外のアレルギーを経験したことがありますか？

- ・ゴム ・アルコール綿 ・金属 ・大豆 ・卵 ・ピーナッツ ・他 食べ物 ()

4. 最終月経はいつですか？

- ・ 月 日から 日間 (順調: 日型 / 不順)

5. 子宮がん検診を1年以内に受けられましたか？

- ・受けた (年 月頃) 結果: (異常なし / あり →)
- ・受けていない

6. これまでに下記のような病気をしたことがありますか？

- ・がん ・結核 ・糖尿病 ・高血圧 ・腎臓病 ・梅毒 ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・甲状腺疾患 ・心疾患
- ・喘息 ・緑内障 ・なし

7. これまでに大きな病気で通院・手術・入院などがありましたらご記入ください

年 月	病 名	通院	手術	入院	病院名
年 月		通院中	手術	入院	
年 月		通院中	手術	入院	
年 月		通院中	手術	入院	

8. 現在服用中のお薬がありますか？

- ・あり ()
- ・なし

9. 輸血をしたことがありますか？

- ・あり (年 月頃)
- ・なし

10. タバコを吸われますか？

- ・吸う (本/日)
- ・吸わない

11. お酒を飲まれますか？

- ・飲む
- ・飲まない

12. 個人歴について

- *結婚 (西暦 年 月)
- *離婚 (西暦 年 月)
- *未婚
- *同棲 (西暦 年 月)
- *再婚 (西暦 年 月)

13. 当クリニックまでの通院時間は？

約 時間 分 (交通機関:)

14. どこで当クリニックを知りましたか？

- ・主治医からの紹介 (病院名: Dr 名:)
- ・インターネット ・新聞 ・その他

15. 今までに他院で不妊治療を受けたことがありますか？ ・あり ・なし

16. 15の質問で『あり』と答えられた方へ
 当クリニックへの転院のきっかけは何ですか？
 ()
 今までにどのような治療を受けられましたか？
 ・検査のみ
 ・タイミング療法 (回：病院名)
 ・人工授精 (回：病院名)
 ・体外受精

年/月	刺激 or 自然	採卵	IVF or ICSI	受精	移植	凍結	病院名
/	刺激 / 自然	個	IVF / ICSI	個	個	個	
/	刺激 / 自然	個	IVF / ICSI	個	個	個	
/	刺激 / 自然	個	IVF / ICSI	個	個	個	
/	刺激 / 自然	個	IVF / ICSI	個	個	個	
/	刺激 / 自然	個	IVF / ICSI	個	個	個	

17. 当クリニックへの希望は？ ※いくつでも結構です
 ・ゆっくりしたペースで治療したい ・早いペースで治療したい
 ・仕事と治療を両立したい ・その他 ()

18. 配偶者は治療について ・協力的 ・非協力的 ・どちらでもない ・通院について伝えていない

19. お仕事はされていますか？ ・している (職業：) 時から 時 (常勤・その他)
 ・していない

20. 今までの妊娠歴 ・あり (下記へ記入してください) ・なし

年月	転帰	週数	流産の状態	性別・出生体重	病院名
年 月	1. 流産 2. 死産 3. 中絶 4. 出産 (経膈 / 帝王切開)	週 (ヶ月)	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	男 g 女 g	
年 月	1. 流産 2. 死産 3. 中絶 4. 出産 (経膈 / 帝王切開)	週 (ヶ月)	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	男 g 女 g	
年 月	1. 流産 2. 死産 3. 中絶 4. 出産 (経膈 / 帝王切開)	週 (ヶ月)	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	男 g 女 g	

21. その他、希望があれば記入してください