**問診票**

記入日　　　　　　年　　　月　　　日

ＩＤ　　　　　　　　　　　　　 ＊当院で記入いたします

※お名前は、保険証に表示されている名称で、ふりがなまでご記入をお願いします。

　　　　　　保険証をお持ちでない方は、公的証明書に届け出ている正式名称で、ふりがな・英字表記までご記入をお願いします。

Name

：　　　　　　　　　　　　　生年月日　西暦　　　　　　年　　　月　　　日　　　歳

※今までに、パートナーの方が当院を受診したことはありますか？　（　ある　・　ない　・　わからない　）

　『ある』とお答えの方はご記入ください。→　パートナーの　お名前：　　　　　　生年月日：

ご住所　〒

携帯番号　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅番号

クリニックからご連絡をさせていただく際の連絡先　　（携帯のみ、自宅のみ、どちらでも可）

身長　　　　　　㎝　　　　体重　　　　　　㎏　　　　ご職業

1. 本日、ご来院頂いた目的をお聞かせください。

　□ブライダルチェック

　□不妊検査（ドック）・治療

　□不育症検査・治療

　□その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 当クリニックお越し頂きありがとうございます。当院をお知りになったきっかけは何ですか。

　□当院ホームページ（ＰＣ、スマホ）　　　　□その他のホームページ（E-PARK 病院ナビ　妊活応援ナビ　子宝ネット　　　不妊治療情報センター　ルナルナ　その他：　　　　　　　　　　　　　）

　□雑誌（　　　　　　　　　）　　□電車ホーム広告　　　　□電柱広告　　　□主治医紹介　　□知人紹介　　□近所なので　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今までにかかられたご病気や手術のご経験　または　現在、治療中の病気はありますか？

（喘息、糖尿病、甲状腺疾患など）

　□いいえ　　　□はい　病名・手術名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※ご家族の中で、大きな手術を行った、またご病気にかかられた方はいらっしゃいますか？

　□いいえ　　　□はい　病名（続柄）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在内服中のお薬はありますか。

　　　□いいえ　　　□はい　薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）

1. アレルギーはありますか？

　□いいえ　　　□はい

薬品　：□アルコール消毒　□造影剤（　　　　　　　　）□抗生剤（　　　　　　　　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

食品　：□ピーナッツ　□大豆　　□卵　□果物（　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　）

その他：□ラテックス

1. 喫煙の習慣はありますか。

　□いいえ　　　□以前喫煙していたがやめた（　　　　歳～　　　歳　1日　　本）

　□はい（１日　　　本）　喫煙開始年齢（　　　　歳）から

1. 飲酒の習慣はありますか。

　□いいえ　　　□はい（１日　　　　　ｍｌ/　１週間　　　　　　ｍｌ）

1. 婚姻の有無をお聞かせください。

　□結婚→結婚した年（西暦　　　　　　年　　　月　　歳）

　□事実婚

　□離婚→離婚した年（西暦　　　　　　年　　　月　　歳）

　□再婚→再婚した年（西暦　　　　　　年　　　月　　歳）

　□未婚→□結婚の予定なし　　□パートナーがいる　　□入籍予定（西暦　　　　　　年　　　月）

1. 月経についてお聞きします。

現在、定期的な月経はありますか。

　　□はい　　　　□いいえ

　　□最終月経：　　　月　　　　日から　　　　日間　　　　本日は月経　　　　日目

初経　　　　　歳

月経周期はどのくらいですか。（月経から次の月経開始まで）

　□順調（　　　　　日周期）　　　□不順（　　　　日～　　　日周期）

月経前または月経中の症状で当てはまるものはありますか。

　　□下腹部痛　　□腰痛　　□頭痛　　□胸が張る　　□その他（　　　　　　）

1. 今まで以下内容に関して指摘されたことはありますか。

□子宮筋腫　　　　　　　□子宮内膜症　　　　　　□チョコレート嚢腫　　　　　□卵巣嚢腫

□多のう胞性卵巣嚢腫　　□卵巣機能不全　　　　　□高プロラクチン血症　　　　□卵巣・卵管の癒着

□卵管の閉塞・狭窄　　　□子宮奇形　　　　　　　□不育症

□男性側の問題　　　　　□性交障害　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　）

1. 子宮頸がん検診を受けたことがありますか。

□いいえ　□はい（最終　　　　　　　年）

1. 風疹抗体検査をうけたことがありますか。

□いいえ　□はい　⇒　ワクチン接種歴　□なし　　□あり

1. クラミジア検査を受けたことがありますか。

□いいえ　□はい　⇒　　治療歴　□なし　□あり

1. これまでの妊娠歴についてお聞きします。

　妊娠　　　回　（年齢：　　　　　　　　　）　人工妊娠中絶　　　回（年齢：　　　　）

自然流産　　　　回（年齢：　　　　　　　）　死産　　　　回（年齢：　　　　　　　　）

→週数がお分かりでしたらご記載ください。：

　第一子　　　　　年出産（正常分娩・早産・帝王切開）

　第二子　　　　　年出産（正常分娩・早産・帝王切開）

第三子　　　　　年出産（正常分娩・早産・帝王切開）

1. 現在の状況をお聞かせください。

□現在避妊中

□避妊は解除している

不妊期間（お子様が欲しいと思ってからの期間）　　　　　　　　　年　　　　か月

基礎体温は測っていますか。

□いいえ　　　□はい（ニ相性・一相性・わからない）

1. 性生活についてお聞きかせください。

性交渉のご経験はありますか。　　　　□はい　　　　□いいえ

平均的な性生活はありますか。　（　　　　　回/月・ほとんどない・ない）

性生活に対して何か問題を感じますか。□いいえ　　　□はい

差し支えなければ記入お願いします。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 不妊検査を受けたことがありますか。

□いいえ

□はい　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　）

どのような検査を受けましたか。（検査結果をお持ちでしたらご提示下さい）

　　　　検査内容　□子宮卵管造影　□ヒューナーテスト　□クラミジア検査　□精液検査

　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 不妊治療を受けたことがありますか。

□いいえ

□はい　　どのような治療を受けましたか。可能な範囲で回答をお願いします。

□タイミング療法　（　　　　　回）医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　）

排卵誘発剤内服　□なし　□あり　（クロミッド・レトロゾール・ゴナドトロピン注射・その他　　　　　）

□人工授精　　　　（　　　　　回）医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　）

　排卵誘発剤内服　□なし　□あり　（クロミッド・レトロゾール・ゴナドトロピン注射・その他　　　　　）

　□体外受精

※体外受精を行ったことがある方は、5ページ目記入用紙に必ず詳細を記入してください。

1. 不育症の検査を受けたことがありますか。

□いいえ　　□はい　どのような検査を受けましたか。（検査結果をお持ちでしたらご提示下さい）

　検査内容：□子宮卵管造影　□血液検査　□子宮鏡　□ＭＲＩ・ＣＴ

1. 不育症の治療を受けたことがありますか。

□いいえ　　□はい　どのような治療を受けましたか。（治療経過表などお持ちでしたらご提示ください）

　　治療内容：

㉑　治療を現在どの様にお考えですか。

　　□検査や治療について相談のみ希望

　　□なにか原因がないか検査のみを希望

　　□保険診療の範囲で治療を始めていきたい

　　□場合によっては自費診療も考慮したい

　　□積極的な治療を考えている

㉒　夫（パートナー）は検査や治療に前向きですか。

　□２人で話し合って受診を決めたので大丈夫

　□本日は男性検査のみ希望

□まだ話してない

　□たぶん協力得られない

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

㉓　差し支えない範囲で結構ですので、今の考えや気持ちをお聞かせください。

体外受精を行ったことがある方は下記記入をお願いします。

治療を進めるに基づき必要な情報となります。必ず詳細の記入をお願いします。

※複数箇所で行ったことがある方はすべての医療機関別の記入をお願いします。

※保険診療は2022年4月以降の体外受精が目安となります。

保険による体外受精のご経験があるかたへお聞きします。

初めて保険の治療を行った（計画を立てた）日：　　　　　年　　　月・不明　／　ご年齢　　　　歳　・不明

医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

採卵　　　（　　　　　回）

刺激方法　（低刺激　　　回・中刺激　　回・高刺激　　　回）

　体外受精　（　　　　　回）　　顕微授精　（　　　　　回）　　スプリット　（　　　　　回）

　胚移植　　（　　　　　回）　　　　自費診療　　　回・保険診療　　回

自然周期　　回（新鮮分割期胚　　　回・新鮮胚盤胞期胚　　　回・凍結胚盤胞期胚　　　回）

ホルモン補充周期　　回（凍結分割期胚　　　回・凍結胚盤胞期胚　　　回）

　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

採卵　　　（　　　　　回）

刺激方法　（低刺激　　　回・中刺激　　回・高刺激　　　回）

　体外受精　（　　　　　回）　　顕微授精　（　　　　　回）　　スプリット　（　　　　　回）

胚移植　　（　　　　　回）　　　自費診療　　　回・保険診療　　回

自然周期　　回（新鮮分割期胚　　　回・新鮮胚盤胞期胚　　　回・凍結胚盤胞期胚　　　回）

ホルモン補充周期　　回（凍結分割期胚　　　回・凍結胚盤胞期胚　　　回）

医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　）

採卵　　　（　　　　　回）

刺激方法　（低刺激　　　回・中刺激　　回・高刺激　　　回）

　体外受精　（　　　　　回）　　顕微授精　（　　　　　回）　　スプリット　（　　　　　回）

　胚移植　　（　　　　　回）　　　　自費診療　　　回・保険診療　　回

自然周期　　回（新鮮分割期胚　　　回・新鮮胚盤胞期胚　　　回・凍結胚盤胞期胚　　回）

ホルモン補充周期　　回（凍結分割期胚　　　回・凍結胚盤胞期胚　　　回）

採卵・胚移植について今までの経緯を可能な範囲で情報をお聞かせください。

（他院における受精個数・凍結保存状況など）

**男性の方（パートナー）についてお伺いします。**

※今までに、パートナーの方が当院を受診したことはありますか？　（　ある　・　ない　・　わからない　）

　『ある』とお答えの方はご記入ください。→　パートナーの　お名前：　　　　　　生年月日：

※お名前は、保険証に表示されている名称で、ふりがな・英字表記までご記入をお願いします。

　　　　　　保険証をお持ちでない方は、公的証明書に届け出ている正式名称で、ふりがなまでご記入をお願いします。

Name

：　　　　　　　　　　　　　　生年月日　西暦　　　　　　年　　　月　　　日　　　歳

住所が妻・パートナー女性と同じであれば同上でも可

住所　〒

携帯番号　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅番号

クリニックからご連絡をさせていただく際の連絡先　（携帯のみ、　自宅のみ、　どちらでも可）

身長　　　　　　㎝　　　　体重　　　　　㎏　　　　ご職業

1. 本日のご来院目的をお聞かせください。

□不妊検査　　　□ブライダルチェック

1. 今までにかかられたご病気や手術のご経験　または　現在、治療中の病気はありますか？

（喘息、糖尿病、甲状腺疾患など）

□いいえ　　　□はい　病名：

※ご家族の中で、大きな手術を行った、またご病気にかかられた方はいらっしゃいますか？

□いいえ　　　□はい　病名（続柄）（　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在内服中のお薬はありますか。

□いいえ　　　□はい　薬剤名：

1. アレルギーはありますか。

□いいえ　　　□はい

薬品：□アルコール消毒　□造影剤（　　　　　　　　）□抗生剤（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

食品：□ピーナッツ　□大豆　　□卵　□果物（　　　　　　　　　　）

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 風疹抗体検査を受けたとこがありますか。

□いいえ　　□はい　⇒　ワクチン接種歴　□なし　　□あり

1. クラミジア検査を受けたことがありますか。

□いいえ　　□はい　⇒　治療歴　□なし　　□あり

1. 喫煙の習慣はありますか。

□いいえ　　　□以前喫煙していたがやめた（　　　　歳～　　　歳　1日　　本）

□はい（１日　　　本）　喫煙開始年齢（　　　　歳）から

1. 飲酒の習慣はありますか。

　□いいえ　　　□はい（１日　　　　　ｍｌ/　１週間　　　　　　ｍｌ）

1. 婚姻の有無をお聞かせください。

　　□結婚→結婚した年（西暦　　　　　　年　　　月　　歳）

　　□事実婚

□離婚→離婚した年（西暦　　　　　　年　　　月　　歳）

□再婚→再婚した年（西暦　　　　　　年　　　月　　歳）

□未婚→□結婚の予定なし　　□パートナーがいる　　□入籍予定（西暦　　　　　　年　　　月）

1. 精液検査を受けたことがありますか。

□いいえ　　　□はい（いつ頃　　　　　　　　　　）

1. 育毛剤を使用していますか。

□いいえ　　　□はい（商品名　　　　　　　　　　　　）

1. 性交障害はありますか。

□いいえ　　　□はい

1. 妻（パートナー）は検査や治療に前向きですか。

　□２人で話し合って受診を決めたので大丈夫

　□本日は男性検査のみ希望

　□まだ話してない

　□たぶん協力得られない

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）



2023/1改訂版