



当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています

受診される患者様へ、当院からのお願い

下記を一読していただき確認のため□に✓をお願いします。

- 当院では診察や検査を行う際に患者様ご自身からお名前を言っていただくようにしております。ご協力をお願いいたします。
- 電話のお問い合わせは 17 時までにはいただけますと対応がスムーズです。
- 当院には男性医師・男性胚培養士が在籍しており、診療や採卵・移植などの処置に立ち会うことがあります。
- 当院ではお子様連れ、妊娠後期の方の受診可能な日時を限定しております(別紙参照)ご理解ご協力のほどよろしくごお願い致します。

《問診票》

初診(記入日 年 月 日) ID()

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)	生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)
職業		職業	
	身長 cm 体重 Kg		身長 cm 体重 Kg
住所	〒	住所	※奥様と住所が異なる場合は記入をお願いします 〒
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号 () - <input type="checkbox"/> 自宅番号 () -	連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号 () -
☒アドレス	()@()		
通院時間	約 時間 分 交通機関 ()		
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 医師からの紹介 (医院名: 医師名: 紹介状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (知人名:) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ()		
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚(<input type="checkbox"/> 法律婚 <input type="checkbox"/> 事実婚)(西暦 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未婚(あれば 西暦 年 月 日結婚予定) <input type="checkbox"/> その他 ()		
今回受診された理由は	<input type="checkbox"/> こどもが欲しい …妊娠を希望されてからの(妊娠していない)期間を教えてください。(年 か月) <input type="checkbox"/> 流産回数が多い <input type="checkbox"/> 婦人科相談…詳しい相談内容は下部の補足欄に記入ください <input type="checkbox"/> 子宮がん検診希望 <input type="checkbox"/> 出生前診断(エコー、NIPT) <input type="checkbox"/> その他() 受診理由に補足することがあればご記入下さい()		
月経について	最終月経 月 日 ~ 月 日 (日間) または ()歳時閉経 周期(月経がはじまった日から次の月経があるまで) <input type="checkbox"/> 順調(日周期) <input type="checkbox"/> 不順(日から 日) 月経に伴い右記の症状がありますか <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> いらいら <input type="checkbox"/> なし 痛み止めを使用しますか <input type="checkbox"/> 必ず <input type="checkbox"/> しばしば <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> しない		
妊娠歴について	① 歳の時(経腔分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週(男・女 g)() ② 歳の時(経腔分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週(男・女 g)() ③ 歳の時(経腔分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週(男・女 g)() ④ 歳の時(経腔分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週(男・女 g)() ⑤ 妊娠5回目以上や、補足がある場合、記載を ()		

あなた(奥様)のことについてお尋ねします。

喘息(小児喘息を含む)にかかった事がありますか	あり なし	いつ頃(年 月) 治療中(薬品名) 現在治療無し
緑内障と言われたことがありますか	あり なし	
心臓病、不整脈と言われたことがありますか	あり なし	いつ頃(年 月) 治療中(薬品名) 現在治療無し
てんかんを指摘されたことがありますか	あり なし	いつ頃(年 月) 治療中(薬品名) 現在治療無し
甲状腺疾患と言われたことがありますか	あり なし	機能亢進症・機能低下症 いつ頃(年 月) 治療中(薬品名) 現在治療無し
精神科、心療内科に通院していますか または通院していたことがありますか	あり なし	いつ頃(年 月) 治療中(薬品名) 現在治療無し
その他、大きな病気にかかったことや、 現在治療中の病気はありますか	あり なし	病名() いつ頃(年 月) 治療中(薬品名) 現在治療無し
右記の感染症にかかった事がありますか	あり なし	クラミジア B型肝炎 C型肝炎 HIV 梅毒
内服薬や注射でアレルギーを経験したことがありますか	あり なし	いつ頃(年 月) 薬品名() 症状()
右記のアレルギーを経験したことがありますか	あり なし	ゴム アルコール 金属 大豆 卵 乳製品 フルーツ
その他アレルギーを経験したことがありますか	あり なし	物質() 症状()
血液型を調べたことがありますか	あり なし	A B O AB 型 / (Rh + -)
今までに婦人科(健診での子宮がん検診含む)で内診を受けたこと はありますか	あり なし	内診で気分不良を起こしたこと (あり なし)
子宮がん検診を受けたことがありますか	あり なし	いつ頃(年 月)施設() (異常なし 異常あり(治療済) 異常あり(未治療))
クラミジア検査を受けたことがありますか	あり なし	いつ頃(年 月)施設() (異常なし 異常あり(治療済) 異常あり(未治療))
性交渉の経験はありますか	あり なし	
性交渉が取りにくいことがありますか	あり なし	理由(痛み 勃起・射精障害 スキンシップがない 仕事 が忙しい、疲れ その他)
婦人科疾患を指摘されたことがありますか	あり なし	卵巣のう腫(チョコレートとう腫、デルモイドなど) 子宮筋腫 子宮内膜症 腺筋症 その他
婦人科的な症状で困っていることはありますか、また先ほどの 婦人科疾患について経過や治療歴があればここに記入下さい。	あり なし	具体的に()
これまでに手術や麻酔(全身麻酔、局所麻酔)でのトラブル、異 常な症状がありましたか	あり なし	具体的に()
これまで血が止まりにくかった経験がありますか	あり なし	具体的に()
これまでに過呼吸やパニック症状が起こったことがありますか	あり なし	具体的に()
喫煙をしていますか	はい いいえ	
同居のご家族で喫煙されている方がいますか	はい いいえ	ご主人・両親・その他()
この問診に関係して何か聞きたいこと、付け加えて伝えて おきたいことがあればご記載ください。		



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・検査に と 印で経過の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			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査			異常なし	異常あり(卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査			異常なし	異常あり(ポリープ治療済・ポリープ未治療・その他)
<input type="checkbox"/> 精液検査			異常なし	異常あり(治療あり・未治療)
<input type="checkbox"/> 不育症検査			異常なし	異常あり(妊娠後治療必要 あり・なし)
その他検査に関して補 足事項があればご記入 下さい				

当院受診までに受けたことのある治療内容のご記入を(印で)お願いします。

これまで不妊治療を受けて妊娠分娩に至ったことがありますか 上記が有る場合、これまでに妊娠分娩に至った不妊治療の種類を教えてください(複数選択可)。	あり なし	タイミング治療 人工授精治療 体外受精治療 その他
これからの妊娠に向けて、不妊症の治療歴がありますか 上記が有る場合、これまでにを行った不妊治療の種類を教えてください。	あり なし	タイミング治療 () 回 人工授精治療 () 回 体外受精治療 採卵 () 回 体外受精治療 移植 () 回 うち保険 () 回
体外受精治療でこれまでにを行ったことのある排卵誘発法を選択してください(複数選択可)。		アンタゴニスト法 PPOS 法 ショート法 ロング法 中刺激法 クロミッド法 フェマール法 自然法 その他 () わからない
体外受精治療でこれまでにを行ったことのある受精方法を教えてください(複数選択可)。		体外受精 顕微授精 split(体外受精/顕微授精) その他 () わからない
体外受精治療でこれまでに体外受精と顕微授精でどちらか成績が良かったなどありましたか?	あり なし	体外受精が良かった 顕微授精が良かった その他 () わからない
これまでの治療に関して何か付け加えて伝えておきたいことがあれば、ご記載下さい。		
妊娠に向けて、なんらかのサプリメントを使用していますか	はい いいえ	エレビット 葉酸サプリ マルチビタミンミネラル 夫の男性用サプリ その他 ()

ご記入ありがとうございました。