

問診票

フリガナ 名前		生年月日	S・H・R	年	月	日
		年齢	歳			
住所	〒					
電話番号	()	携帯電話	()			
身長	cm		体重	kg		

- (1) これまでに何か大きな病気、手術などをしたことがありますか【ある・ない】
 高血圧・喘息・心疾患・不整脈・糖尿病・甲状腺疾患・B型肝炎・C型肝炎・その他()
 アレルギー ()

時期(年齢)	病名	手術法・処置	治療内容
S・H・R 年 月頃(歳)			
S・H・R 年 月頃(歳)			
S・H・R 年 月頃(歳)			

- (2) 現在、他の病気で治療を受けていますか
 【いる () ・ いない】
- (3) 薬で具合が悪くなったことがありますか
 【ある (薬剤:) ・ ない】
- (4) 現在服用している薬はありますか
 【ある () ・ ない】
- (5) アルコール綿で皮膚がかぶれたりすることがありますか【ある・ない】
- (6) 採血で気分が悪くなることはありますか【ある・ない】
- (7) 飲酒について【飲む(週に 回 本・杯)・飲まない】
- (8) 喫煙について【吸っている(本/日)・禁煙した(年 月頃から)・吸ってない】
- (9) 初めての月経は (歳)
 月経周期(月経が始まった日から次の月経が始まるまで)について
 順調・ほぼ順調(日間)・不順
 一番最近の月経開始日 S・H・R 年 月 日から 日間
 閉経した年齢 (歳)
- (10) 性体験はありますか【ある・ない】
- (11) 妊娠分娩回数と年月をご記入下さい(なしの場合は0とご記入下さい)
 人工妊娠中絶()回 ①S・H・R 年 月 ②S・H・R 年 月 ③S・H・R 年 月
 流産()回 ①S・H・R 年 月 ②S・H・R 年 月 ③S・H・R 年 月
 出産()回 ①S・H・R 年 月 ②S・H・R 年 月 ③S・H・R 年 月
- (12) 本日はどのようなことで受診されましたか(いつごろからどういう様子か具体的にご記入下さい)

*上記に書ききれない場合には裏面余白欄にご記入下さい

妊娠をご希望の方は裏面もご記入下さい

妊娠をご希望の方は以下の質問に漏れないようご記入をお願いします

本日パートナーの方と来院されていますか？【している ・ していない】
 来院されている方は本日精液検査を希望しますか？【する ・ しない】

(13) パートナーの方の生年月日【S・H 年 月 日 歳】

(14) パートナーの方と【入籍済(入籍日 S・H・R 年 月 入籍時の妻(ご本人)の年齢 歳)
 ・ 未婚(予定あり ・ なし)】

***未婚の方には次回診察時にお二人それぞれの「住民票」と「戸籍謄本」を提出していただきます**

(15) 離婚歴が 夫【ある(お子さんあり 人 ・ なし) ・ ない】
 妻【ある(お子さんあり 人 ・ なし) ・ ない】

(16) 性交障害(夫: ED で性交できない、膣内射精ができない 妻: 性交痛がひどく性交できない
 など)がありますか *医師に直接申し出てよいです
 【ある() ・ ない】

(17) 当院受診前に不妊治療歴がある方はご記入下さい(お分かりになる範囲で結構です)

*別用紙でもかまいませんので、出来るだけ詳しくご記入下さい

通われていた病院名、治療内容、期間など

採卵を受けたことがある方は下記の表にご記入ください

採卵	年月日	受精方法	採卵数	受精数	移植可能胚数		医療機関名
					初期胚	胚盤胞	
例	H26年4月1日	体外受精・顕微授精	5 個	4 個		3	Tレディースクリニック
1		体外受精・顕微授精					
2		体外受精・顕微授精					
3		体外受精・顕微授精					
4		体外受精・顕微授精					
移植	年月日	移植胚の評価	個数	新鮮胚・凍結胚	アシステッド ハッチング	妊娠有無	
例	H26年4月1日	胚盤胞 4BB	1 個	新鮮胚・凍結胚	有・無	有・無	
1				新鮮胚・凍結胚	有・無	有・無	
2				新鮮胚・凍結胚	有・無	有・無	
3				新鮮胚・凍結胚	有・無	有・無	
4				新鮮胚・凍結胚	有・無	有・無	