

女性問診票

本人	パートナー
フリガナ	フリガナ
氏名	氏名
生年月日 西暦 年 月 日 (歳)	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
携帯番号: 自宅:	携帯番号:
ご住所 〒	ご住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ 〒
ご職業	ご職業
国籍 日本・その他 ()	国籍 日本・その他 ()
血液型 (型) (R h + ・ - ・ 不明)	血液型 (型) (R h + ・ - ・ 不明)
身長 (cm) 体重 (k g)	身長 (cm) 体重 (k g)

治療について

1 当院へ来院された理由について

(タイミング・人工授精・体外受精・PGT-A・セカンドオピニオン・その他 ())

2 希望の治療ペース (ゆっくり・順番にステップアップ・早め・おまかせ)

3 検査の進め方について (最小限・保険内・できるだけ希望・おまかせ)

4 採血や検査、薬剤で気分が悪くなったことはありますか ない・ある (具体的に:)

結婚・不妊歴について

1 婚姻状況について (婚約中・法律婚・事実婚)

2 結婚歴 結婚 (西暦 年 月)

3 本人 (初婚・再婚 / 子ども 人) パートナー (初婚・再婚 / 子ども 人)

4 妊娠を希望されたのはいつからですか (西暦 年 月)

基本情報・生活習慣について

1 アレルギーはありますか ない・ある

ある方 (卵・大豆・乳製品・アルコール・ラテックス・局所麻酔・その他 ())

2 薬剤のアレルギーはありますか ない・ある (具体的に:)

3 喫煙の習慣はありますか (電子タバコを含む) ない・ある (1日 本 / 喫煙開始年齢 歳から)

4 飲酒の習慣はありますか ない・ある (毎日・時々・たまに付き合い程度)

1回あたりの飲酒量 (ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ ワイン を mlくらい)

現病歴・既往歴について

1 これまでにかかった病気 ない・ある (高血圧・糖尿病・喘息・血栓症・甲状腺疾患・婦人科疾患・心臓病・

膠原病・がん・腎臓病・精神疾患・眼科疾患・その他 ())

上記の病気で服用されている薬剤はありますか ない・ある (薬剤名:)

2 これまでに感染症と診断されたことがありますか ない・ある

ある方（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV/エイズ・クラミジア・その他：)

上記の診断で治療を受けたことはありますか ない・ある（ 年頃、治療済み・治療未)

3 これまでに手術をされたことがありますか ない・ある（詳細を下記にご記入ください。）

	病名	手術名	病院名
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

家族歴

1 血縁者に3回以上流産を繰り返している方はいらっしゃいますか いない・いる

2 ご家族に下記の既往歴の方はいらっしゃいますか

いない・いる（高血圧・糖尿病・血栓症・がん） 続柄：

女性情報について

1 初経（ 歳） 月経周期（ 日） 順・不順 最終月経（ 月 日～ 月 日）

2 月経時の出血持続（ 日間） 月経痛 ない・ある

3 月経量（多い・ふつう・少ない） 例：日中、夜用ナプキンを使用しないと漏れる 又は 血液の塊がよくでる → 多い

4 基礎体温はつけていますか（現在つけている・過去につけていた・つけていない）

5 過去に妊娠したことはありますか ない・ある（詳細を下記にご記入ください。）

*子宮内に胎囊が見えずに月経がきてしまう化学的妊娠「化学流産」は妊娠・流産に含めません。子宮外妊娠の場合は記入してください。

妊娠時期	妊娠方法	妊娠後
年 月	自然・人工授精・体外受精	分娩・中絶・流産（ 週） 胎囊（+ -） 心拍（+ -） 掻爬術（+ -）
年 月	自然・人工授精・体外受精	分娩・中絶・流産（ 週） 胎囊（+ -） 心拍（+ -） 掻爬術（+ -）

6 分娩の場合（出産日： 年 月 日） 分娩方法（経膈分娩・帝王切開）

（ 週 g 男・女） 出産した病院名（)

7 これまでに以下のような自覚症状は出たことがありますか ない・ある

ある方（乳汁分泌・性交痛・手の震え・急激な体重増減・その他症状（具体的に：))

8 性生活の頻度はどれくらいですか 1カ月の性交回数（約 回）

性交不可の場合（具体的に：)

9 これまでに不妊治療・検査を受けたことがありますか ない・ある

ある方 ⇒ 3ページ目もご記入ください。

アンケート

1 当院の内覧会に参加されたことはありますか ない・ある

2 当院への通院のきっかけについて

医師からの紹介（病院名： 医師名：)

友人・知人からの紹介（紹介者： 続柄：)

その他（)

他院での検査歴がある方は以下も記入ください。

※該当の方のみご記入ください。

検査項目	検査結果	検査日	病院名	治療歴
AMH検査	ng/ml	年 月		無・有 ()
基礎ホルモン検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
感染症検査 (B肝/C肝/梅毒/HIV)	正常・異常	年 月		無・有 ()
甲状腺検査 (TSH/FT4/FT3)	正常・異常	年 月		無・有 ()
プロラクチン	ng/ml	年 月		無・有 ()
風疹抗体検査	倍	年 月		無・有 ()
不育症検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
クラミジアPCR検査	陰性・陽性	年 月		無・有 ()
子宮頸がん検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
子宮卵管造影検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
子宮卵管通水検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
子宮鏡検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
ヒューナー検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
夫：精液検査	正常・異常	年 月		無・有 ()
その他 ()		年 月		無・有 ()

他院での治療歴がある方は以下も記入ください。

施設名	タイミング療法	人工授精	採卵	移植
	回	回	回	回
	回	回	回	回
	回	回	回	回
	回	回	回	回