

# 問 診 表

年 月 日初診

ふりがな  
氏名 : 生年月日 : S・H 年 月 日

ふりがな  
ご主人 : 生年月日 : S・H 年 月 日

職業 : ※できるだけ詳しく 妻 ( ) 夫 ( )

住所 : 〒

電話番号 : 緊急連絡先携帯Tel : 妻 夫

E-mail 携帯 mail

太枠内の質問にわかる範囲でお答え下さい。記入が終わりましたら受付に渡して下さい。

現在の年齢:妻 歳、夫 歳 結婚年齢:妻 歳、夫 歳(結婚年月;S・H 年 月)

婚約中 内縁関係 独身 離婚歴;あり(夫・妻)

結婚後の避妊期間;ある・ない( 年 月~ 年 月まで)

### どうなさいましたか。

- ①子供ができない (希望:一般不妊治療・人工授精・体外受精・顕微授精)
- ②生理が止まった ③生理と違った出血 ④生理痛がひどい ⑤おりものが多い
- ⑥陰部がかゆい ⑦お腹にしこりがある ⑧お腹が痛い ⑨腰が痛い ⑩排尿痛がある
- ⑪子宮癌の検査をして欲しい⑪その他 ( )

### 月経について

初経	歳		
周期	日型	順調・不順	月経痛 強い・普通・なし
出血持続期間	日	出血量;多量・普通・少ない	

一番最近の月経はいつ始まりましたか: 月 日から始まり本日月経 日目

### 健康状態について

1. 身長: cm 体重 kg 血液型 型 Rh ( ) 夫;血液型 型 Rh ( )
2. たばこを吸いますか:いいえ・はい(夫 1日 本、妻 1日 本)
3. 夫婦生活の回数:1ヶ月に 回、Sex Less 4. 性交痛:ある・ない

### 妊娠について 今までに妊娠したことはありますか:ある・ない

※あるの方は該当項目に○をつけ、経過や治療内容などを詳しく記入してください

時期	妊娠 週又は ヶ月	流産・子宮外妊娠・胞状奇胎・出産・中絶	出生体重、性別、帝王切開等
1. 年 月( 歳)		流産・子宮外妊娠・胞状奇胎・出産・中絶	
2. 年 月( 歳)		流産・子宮外妊娠・胞状奇胎・出産・中絶	
3. 年 月( 歳)		流産・子宮外妊娠・胞状奇胎・出産・中絶	
4. 年 月( 歳)		流産・子宮外妊娠・胞状奇胎・出産・中絶	

### 病気や手術について 今までに病気や手術の経験はありますか:ある・ない

<妻>病気:高血圧 歳、糖尿病 歳、心臓病 歳、腎臓病 歳、肝臓病 歳

喘息 歳、盲腸 歳、精神病 歳、その他 ( ) 歳

子宮筋腫 歳、卵巣嚢腫 歳

性病(クラミジア、淋病、梅毒など) 歳(治療の有無:ある・ない)

手術:卵巣 歳、子宮筋腫 歳、その他 ( ) 歳

<夫>病気:高血圧 歳、糖尿病 歳、心臓病 歳、腎臓病 歳、肝臓病 歳

喘息 歳、盲腸 歳、精神病 歳、その他 ( ) 歳

性病(クラミジア、淋病、梅毒など) 歳(治療の有無:ある・ない)

耳下腺炎 歳、副睾丸炎 歳、その他 ( ) 歳

手術:鼠径ヘルニア 歳、その他 ( ) 歳

**アレルギーについて** ない・ある ※あるの方はアレルゲン物質名とその症状を詳しく記入してください  
薬剤・食物・ゴム・その他；(薬剤名やアレルゲン物質名と症状 )

**常用薬について** ない・ある  
心臓病薬・精神安定剤・降圧剤・その他(薬剤名； )

**痙攣発作について**  
これまでに痙攣発作がおきて倒れたことがありますか；ない・ある(状況 )  
**輸血を受けたことはありますか** ない・ある(状況 )  
**ご家族に特別な病気の方がいますか** いない・いる  
遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他(詳しく )

**今までの不妊検査・治療について**

1. 受診されていた病院名と期間を①から順に書いてください

- ① \_\_\_\_\_ ( 年 月～ 年 月) ④ \_\_\_\_\_ ( 年 月～ 年 月)  
② \_\_\_\_\_ ( 年 月～ 年 月) ⑤ \_\_\_\_\_ ( 年 月～ 年 月)  
③ \_\_\_\_\_ ( 年 月～ 年 月) ⑥ \_\_\_\_\_ ( 年 月～ 年 月)

2. これまで受けた検査について該当項目に○をつけ、わかることは詳しく記入してください

ホルモン検査	検査日： 年 月	異常なし・高プロラクチン血症 多嚢胞性卵巣症候群・甲状腺機能異常、その他
通水・通気・子宮卵管造影	検査日： 年 月	問題なし 悪い(右卵管・左卵管)
ヒューナーテスト(性交渉後試験)	受けた回数 回	良い 回・普通 回・悪い 回
精液検査	受けた回数 回 検査日： 年 月	良い 回・普通 回・悪い 回 ※データをお持ちの方は提出をお願いします
腹腔鏡検査	検査日： 年 月	問題ない・内膜症・癒着
子宮鏡検査	検査日： 年 月	問題ない・ポリープ・炎症

**今までの不妊治療について** 該当項目に○をつけわかることは詳しく記入してください

排卵誘発剤の使用 ある・ない 使用期間 ヶ月	内服薬(クロミッド・セロフェン・セキソビット・その他 ) 注射：毎日・1日おき・時々	薬や注射で卵胞は育ちましたか 無・1～2個・多数できた 副作用：卵巣腫大・気分不良・入院
タイミング療法 回	年 月～ 年 月	
人工授精 回	年 月～ 年 月	
受けた治療に○をつける	体外受精・顕微授精・凍結受精卵解凍胚移植・胚盤胞・AHA	
採卵 回	施設名；	最後の採卵 年 月
胚移植 回	施設名；	最後の胚移植 年 月
凍結胚解凍移植 回	施設名；	最後の融解胚移植 年 月

**これまでに妊娠が難しいと医師から説明された原因について** 該当項目に○をつけてください

原因不明・子宮内膜症・抗精子抗体・卵管の状態が悪い・精子の状態が悪い・卵子の質がわるい  
受精卵の質が悪い・着床が難しい・年齢・その他( )

**当クリニックについて** どうやって知りましたか？

医師からの紹介(病院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ )  
友人・知人からの紹介(紹介者名 \_\_\_\_\_ 間柄 \_\_\_\_\_ )  
電話帳を見た(ハローページ・タウンページ) 新聞で見た(当クリニックの記事・当クリニックの広告)  
雑誌や折り込み広告等で見た(雑誌名 \_\_\_\_\_ ) 当院のホームページ  
当院のART説明会に参加した その他( \_\_\_\_\_ )