

初診問診票（不妊・不育患者様用）

神奈川レディースクリニック

※この欄には記入しないで下さい。

紹介状： 有り 無し

[本人のみ 夫婦]

問診担当者：

日時： 年 月 日

(時 分～ 時 分)

BMI：

フリガナ	生年月日		身長 cm 体重 kg
お名前	昭・平 様	年 月 日 (才)	
ご住所	〒 -		ご職業
電話番号	ご自宅	携帯電話	緊急連絡先
	Email :		

※当院では個人情報保護法に基づき患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーの尊重・保護に努めております。よって、治療目的以外では使用しないことをお約束いたします。

※お預かりいたしました電話番号に 当院の病院名を告げて連絡を差し上げてよろしいでしょうか？
(はい ・ いいえ)

(1) 当院でご希望される治療内容をお聞かせください。

(該当する番号に○をつけてください 複数回答可)

- ① 一般不妊検査 ② タイミング指導 ③ 人工授精 ④ 体外受精
⑤ 不育症 ⑥ セカンドオピニオン ⑦ その他 ()

※特に強くご希望されることがあったらお書き下さい。

(2) 結婚歴についてお答えください。

結婚年齢 _____ 才 結婚 (西暦 _____ 年 _____ 月)

*入籍されていない場合 [婚約中 ・ 事実婚(同棲中) ・ 未婚]

※離婚歴 (なし ・ あり)

(3) 不妊期間はどのくらいですか？ (_____ 年 _____ ヶ月)

・ 避妊期間はありましたか？ 特になし ・ ある (約 _____ 年間)

・ 現在の性生活は ……？

一ヶ月の性交回数 (約 _____ 回) sex less ・ 夫の長期不在

性交痛の有無 (なし ・ あり)

(4) いままでの月経についてお答えください。

・ 最終月経 (_____ 月 _____ 日より _____ 日間)

・ 月経は …… ほぼ順調 (_____ 日型) ・ 不順 ・ 無月経

・ 月経痛は …… 強 ・ 中 ・ 弱

(5) 妊娠歴についてお答えください。

妊娠は 今まで _____ 回 そのうち 分娩 _____ 回 流産 _____ 回
人工中絶 _____ 回 子宮外妊 _____ 回 胎状奇胎 _____ 回

年齢	妊娠・分娩の内容	出生体重	経過の異常など
才	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 (_____ 週)	g	
才	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 (_____ 週)	g	
才	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 (_____ 週)	g	
才	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 (_____ 週)	g	

(6) 今までにかかった病気 (現在治療中も含めて) や経験した手術があったらお書きください。 (例: 23歳 パニック障害... 等)

(7) 現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？

ない ・ ある (_____)

(8) アレルギーはありますか？

ない ・ ある 薬剤 (_____) 主な症状 (_____)

食物 (_____) その他 (ゴム・金属など _____)

(9) ご家族の中に特別な病気をお持ちの方は いらっしゃるでしょうか？

いない ・ いる (遺伝病 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ がん ・ その他 [_____])

(10) 嗜好品について お答えください。

・ お酒 : 飲む (少 ・ 多) _____ ・ 飲まない
・ たばこ: 吸う (_____ 本 / 日) ・ 吸っていたことがある ・ 吸ったことはない

(11) これまでお受けになった検査・治療について ※わかる範囲でご記入ください。

検査名	検査時期	検査結果	コメント
卵管通気・卵管通水検査	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
子宮卵管造影検査	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
フーナーテスト	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
精液検査	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
子宮鏡検査	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
腹腔鏡検査	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
クラミジア検査	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
抗精子抗体検査	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
抗ミューラー管ホルモン	年 月 頃	(_____)	
子宮がん検診	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	
風疹 抗体検査	年 月 頃	抗体あり ・ 抗体なし → 風疹予防接種は? ... 済 ・ 未	
甲状腺検査 (TSH・FT3・FT4等)	年 月 頃	異常なし ・ 異常あり	

— 治療について —

・タイミング指導 (回) ・人工授精 (回) ・体外受精 (回)

※体外受精ご経験の方は別紙【体外受精の患者様用問診表】にも詳細をご記入ください。

(12) ご主人様について 伺います。

フリガナ		生年月日			
お名前	様	昭・平	年	月	日
		(才)			
身長 cm					
体重 kg					
ご職業 (仕事内容など)					
※ 離婚歴について		嗜好品について			
・ ない		・ お酒：飲む (少 ・ 多) ・ 飲まない			
・ ある		・ たばこ：吸う (本/日) ・ 吸わない			
既往歴 (大きな病気・手術など)		服用中の薬・サプリメントなど			

(13) いままで、不育症の検査・治療を受けたことがありますか？

(ある ・ ない)

ある方は わかる範囲で内容をご記入ください。

()

不妊カウンセリング

培養士外来