

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

フリガナ		生 年 月 日	身長 cm 体重 kg	※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
お名前	様	昭 ・ 平 年 月 日 (才)		
ご住所	〒 -		ご職業〔お仕事内容〕	
ご連絡先	携帯電話 () 固定電話 () 緊急連絡先 ※必ずご記入お願いいたします (診察時等で体調不良になった際のご連絡先) 夫 ・ その他 () () 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。
これにより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も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 セックスカウンセリング ⑦セカンドオピニオン ⑧ その他〔 〕

— 今まで不妊治療を行っていた方は具体的にお書き下さい —

・タイミング指導 年～ 年 (回) ・人工授精 年～ 年 (回)

・体外受精 年 ～ 年 (回)

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

前回の周期で行った治療があれば、日時・内容を具体的にお書きください (例:○月△日 人工授精)
〔 〕

(2) あなたの月経についてお答えください。 (初潮年齢 才)

・ 最終月経 (月 日より 日間) ※一番最近の月経が始まった日です

・ 月経周期は何日型ですか・・・？ (日型) ほぼ順調 ・ 不順 ・ 無月経

※月経周期とは、生理開始から次の生理開始前日までの日数のことを指します
例) 28日型・35日型 短くて(日型) 長くて(日型)
注) 生理の日数ではなく、月経周期(28日型・35日型など)でお書きください

・ 月経痛は・・・ 強 ・ 中 ・ 弱 鎮痛剤の使用 (なし ・ あり)

・過去にピルを内服していたことはありますか？ (なし ・ あり) ありの場合:期間(年 ～ 年)
薬の名称〔 〕

・これまでにスポーツを継続して行っていたご経験はありますか (なし ・ あり 内容 :)

(3) 結婚歴についてお答えください。

ご結婚された年齢は 才 (西暦 年 月) 初婚 ・ 再婚

*入籍されていない場合〔 婚約中 ・ 事実婚(同棲中) ・ 未婚 〕

(4) 不妊期間（子供をもうけるため避妊せずに性交している期間）はどのくらいですか？（

年

ヶ月

）

・避妊をしていた期間はありましたか？

なし

・

あり

（約

年

ヶ月

間）

・現在の性生活は…？

一ヶ月の性交回数（約

回

）

sex less（いつから

）

夫の長期不在

性交痛の有無（

なし

・

あり

）

膣内射精の困難（

なし

・

あり

）

(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

子宮外妊娠

回

胞状奇胎

回

年 月	妊娠・分娩の内容	週数	出生体重	経過の異常など
年 月	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産	週	g	
年 月	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産	週	g	
年 月	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産	週	g	
年 月	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産	週	g	

(6) これまでお受けになった検査について ※わかる範囲でご記入ください。行ったことのない検査は記入なしでOKです。

検査名	検査時期	検査結果	備考
卵管通気・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検査	年 月頃	数値〔 〕	
子宮頸がん検査	年 月頃	異常なし ・ 異常あり	
風疹抗体検査	年 月頃	抗体 あり ・ なし	風疹ワクチン接種は... 済 ・ 未
甲状腺ホルモン検査 (TSH・FT3・FT4等)	年 月頃	異常なし ・ 異常あり	
血液型検査	年 月頃	〔 〕型 Rh()	証明書 あり ・ なし

(7) 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： 20歳頃より喘息 23歳 パニック障害・・・ 等）

(8) 現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？

なし

・

あり

【

】

(9) アレルギーはありますか？

なし

・

あり

薬剤(

)

主な症状

(

)

食物(

)

その他(ゴム・金属など

)

(10) ご家族(血縁関係※の方)の中に特別な病気をお持ちの方は いらっしゃる

※ご自身の両親・祖父母・兄弟姉妹

いますか？

いない

・

いる

(

糖尿病

・

高血圧

・

がん

(

)

・

膠原病

・

その他

[

]

)

(11) 嗜好品について お答えください。

・お酒

:

飲まない

・

飲む

:

日/週

一回量

(

)

・たばこ

:

吸わない

・

吸っていたことがある

(

才～

才頃)

・

吸う

(

本 / 日

)

(12) いままでに、不育症の検査・治療を受けたことがありますか？

(

なし

・

あり

)

ある方は

わかる範囲で内容をご記入ください。

(13) ご主人様について 伺います。

フリ ガナ		生 年 月 日	身長 cm 体重 kg
お名前	様	昭 ・ 平 年 月 日 (才)	
ご職業(お仕事内容)			
既往歴(大きな病気・手術など)		服用中の薬・サプリメント ※AGA治療薬等をお使いの方は詳しくお書きください	
泌尿器科を受診されたことがある方は、お受けになった検査・治療等について詳細をご記入ください			
結婚歴について 今回は 初婚 ・ 再婚 ※前パートナーとの間の妊娠歴 (なし ・ あり) 射精について ・勃起…(する ・ しにくい ・ 全くしない) ・膣内射精…(問題なし ・ 問題あり) ・用手的に射精…(問題なし ・ 問題あり)			
嗜好品について ・お酒 : 飲まない ・ 飲む : 日/週 一回量 () ・たばこ : 吸わない ・ 吸っていたことがある(才～ 才頃) ・ 吸う(本 / 日)			

ありがとうございました。

当クリニックでは

・オンライン資格確認を行う体制を整備しております。

・正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

・必要な診療情報を、医師の判断で取得・活用して診察を行い質の高い医療の提供に努めています。