

問診票 来院日 年 月 日

妻	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	携帯メールアドレス
夫	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	携帯メールアドレス
住所	〒	自宅番号
		PCメールアドレス
緊急連絡先	続柄	卵子凍結をご希望の方はご本人様以外のご家族の緊急連絡先の記載をお願いします。
	フリガナ	
	氏名	
	携帯番号	

問診票記入にあたり、該当しない質問には括弧内に「無」とご記入をお願いします。
質問は 26 項目あります。ページ最後のアンケートまでご記入いただくと幸いです。

保険診療希望 () 自費診療希望 () ※該当する方に○をご記入ください
紹介状先があれば教えてください ()

血液型__型 RH () 身長__cm 体重__kg

1. 月経歴

初潮__才 月経周期__日型 (順・不順)
月経痛 (無・有) 月経の量は (普通・多い・少ない)
最終月経__月__日から__日間 本日は月経__日目

2. 治療開始の時期 最短・__頃 ()

3. 当院で希望する検査、治療は何ですか？該当する番号をご記入ください。

- ①一般的な不妊検査 ②子宮鏡検査 ③精液検査 ④AMH 検査 ⑤不育症検査 ⑥卵子凍結
⑦タイミング療法 ⑧人工授精 ⑨体外受精 ⑩顕微授精 ⑪着床前検査 PGT-A
⑫移送相談 (どこから、初期胚・胚盤胞・精子、何個) ⑬セカンドオピニオン
⑭その他 ()

該当番号 _____

4. 当院を受診するまでの経緯をお聞かせください。

5. オンライン診療を事前に受けられましたか (いつ: 年 月 日)

6. 結婚歴を教えてください。該当する箇所にご記入ください

結婚年齢__才

結婚 西暦__年__月__日

離婚 西暦__年__月__日

再婚 西暦__年__月__日

同棲 西暦__年__月__日

婚約中 入籍予定 (年 月)

その他 ex 内縁、独身 ()

7. 今までに他院で不妊治療を受けたことがありますか?

当クリニックへ転院の理由は何でしょうか?

()

8. 不妊治療歴があれば記入してください 体外授精をされている場合は 25.のご記入もお願いします。

保険での移植回数__回 保険での保管中の胚__個

初診日	施設名	タイミング	人工授精	採卵回数	移植回数	保管中の胚
年 月		回	回	回	回	
年 月		回	回	回	回	
年 月		回	回	回	回	
年 月		回	回	回	回	

9. 今まで受けたことのある不妊検査があれば【 】内に○をつけてください。

- 【 】 AMH (ng/pmol 検査日：)
- 【 】 卵管造影
- 【 】 子宮鏡 【 】 通水
- 【 】 精液検査 (正常 指摘されたこと：)
- 【 】 甲状腺 (内服薬：)
- 【 】 PRL (内服薬：)
- 【 】 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS)

10. 妊娠歴 妊娠した事があるかたは下記にご記入ください。

妊娠回数 () 回 ※胎嚢確認ができた数 ・出産回数 () 回

妊娠時期	妊娠の方法		分娩	中絶
(記入例)	体外受精	流産(7週) 胎嚢(+) 心拍(+) 掻把術(+)	分娩×	中絶×
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産(週) 胎嚢() 心拍() 掻把術()	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由：) 妊娠 週 g 男・女 (病院)				
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産(週) 胎嚢() 心拍() 掻把術()	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由：) 妊娠 週 g 男・女 (病院)				
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産(週) 胎嚢() 心拍() 掻把術()	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由：) 妊娠 週 g 男・女 (病院)				
年 月	自然・人工授精・体外受精	流産(週) 胎嚢() 心拍() 掻把術()	分娩	中絶
出産日 年 月 日 経膣・帝王切開(理由：) 妊娠 週 g 男・女 (病院)				

11. 大きな病気や手術をしたことがありましたらお書き下さい。

年月	病名	手術名	病院名
年 月			
年 月			
年 月			

12. 感染症と言われたことはありますか？ ありの場合は括弧内に○をつけてください。
 () B型肝炎 () C型肝炎 () 梅毒 () HIV その他 ()

13. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ アレルギーがある項目の欄にご記入ください。
 その他にアレルギーがあれば空欄にお書きください。

種類	いつ頃	具体的な症状
大豆		
卵		
牛乳		
局所麻酔		
ラテックス		

14. 喘息はありますか？ ある場合は下記にご記入ください。
 (最終発作： 年 月 日 吸入薬：無・有 吸入薬の名前：)

15. 現在内服しているお薬はありますか？ ある方は薬の名前をお書き下さい。
 ()

16. 以下の自覚症状はありますか？該当する番号をご記入ください。
 ①乳汁分泌がある ②性交痛 ③手のふるえ ④体重の急激な増減 ⑤その他 ()
 該当番号 _____

17. 性生活はどれくらいですか？ 1ヶ月の性交回数 (約_____回)

18. 風疹ワクチンを受けたことはありますか？ ある場合は時期をご記入ください (年 月)

19. 子宮癌検診は最近いつ受けましたか？

(____年 ____月) 結果 () 病院名 ()

20. 乳癌検診は最近いつ受けましたか？

(____年 ____月) 結果 () 病院名 ()

21. ご家族にガン、糖尿病、流産の既往がある方はご記入ください。

()

22. タバコを吸われますか？吸う方はご記入ください。

(本/日 年間)

23. お酒は飲まれますか？される方は例にならご記入下さい (ex:ビール 500ml/日 3回/週)

(ml/日 回/週)

24. 採血・内診・注射等の行為によって気分が悪くなった事がありますか？

ある方は詳細を教えてください。

()

25. お仕事をしている方はご記入ください

勤務形態 ()

勤務時間 (時 分～ 時 分) 休日 ()

職種 () 勤務地 ()

通院しやすい曜日、時間帯はありますか？ ()

26. 体外授精を行ったことがある場合はご記入ください。

<A 排卵誘発 B 受精方法 C 移植方法は以下から適切なものを選び番号を記入してください>

A：①完全自然 ②クロミッド ③クロミッド+HMG ④ロング法 ⑤ショート法 ⑥アンタゴニスト法

B：⑦ふりかけ方式（通常の IVF） ⑧顕微授精(ICSI) ⑨スプリット ICSI（IVF + ICSI）

C：⑩自然周期移植 ⑪低刺激移植 ⑫ホルモン補充周期移植

採卵	採卵年月	A 排卵誘発	排卵誘発注射 合計単位数	B 受精方法	採卵数	受精数	移植可能胚		施設名
							初期胚	胚盤胞	
例	2019年 2月	③	600	⑧	7	5	0	2	
1	年 月								
2	年 月								
3	年 月								
4	年 月								
5	年 月								
6	年 月								
7	年 月								
8	年 月								
9	年 月								
10	年 月								

移植	移植年月	C 移植方法	移植胚					SEET 法	胚移植後の hCG 値	妊娠の 有無
			分割レベル	グレード	個数	新鮮胚 凍結胚	アシステッ ドハッチン グ			
例	2019年 5月	⑫	胚盤胞	4AA	1	凍結	有	有	12.5 ng	無
1	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
2	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
3	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
4	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
5	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
6	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有
7	年 月					新・凍	無・有	無・有		無・有

日付： 年 月 日

①当院をどうやってお知りになりましたか。(1つ選択し、括弧内に○をご記入ください)

- () インターネット検索(Google・Yahoo!) (検索ワード:)
- () 家族・友人・知人の紹介 (ご紹介者名:)
- () 両角院長 ameba ブログ
- () 他院のご紹介 (院名:)
- () 鍼灸院のご紹介 (院名:)
- () 書籍・雑誌 (名称:)
- () その他 ()

②当院をお選びいただいた理由を選択してください。(括弧内に○をご記入ください ※複数選択可)

- () 高い医療技術
- () 最新の医療設備
- () 医師・スタッフの対応がいい(よさそう)
- () 他施設や知り合いからの紹介だから
- () 施設がきれい
- () 無料の託児所がある
- () アクセス・立地がよい
- () その他 ()

③下記の中で不妊治療の情報収集する方法を教えてください。

(括弧内に○をご記入ください ※複数選択可)

- () インターネット検索
- () 家族・友人・知人
- () 妊活系アプリ
- () ブログ
- () Instagram
- () Facebook
- () Youtube
- () Twitter
- () 書籍・雑誌
- () その他 ()

④よく見る妊活・不妊治療メディアや SNS があれば教えてください。

例)あかほし/●●(芸能人)さんのブログ など