

氏名

御主人氏名

生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

身長: cm・体重: kg BMI ()

身長: cm・体重: kg BMI ()

血液型: 型 Rh (+・-・不明)

血液型: 型 Rh (+・-・不明)

BP (/) こちらで記入いたします。

住所 〒 (—)

※病院から書類を郵送させていただくことがあります。院長名(西川和代)でお送りいたします。

電話番号 (— —) 携帯電話 (— —)

緊急時連絡先(夫・その他) (— —)

※緊急のご連絡の際に使用いたします。記入のご協力をお願いいたします。

★他の医療機関からの紹介状はありますか ある ・ ない

★この1年間で健診を受診しましたか した ・ してない

1. 受診理由(複数回答可)

- a. 子供がほしい(第1子希望・第2子希望) b. 流産を繰り返す c. 月経がこない
d. 不正出血がある e. 性交ができない(勃起不全・射精しない) f. 性交経験がない
g. その他 ()

2. 当院で希望する治療は何ですか?

一般不妊治療・人工授精・体外受精・顕微授精・カウンセリング・その他 ()
治療に対して伝えておきたいこと
()

3. 出生発育歴、月経歴など (わかる範囲で結構です)

- a. 初潮年齢: 才
b. 月経周期: 日(順・不順)
c. 出血の平均日数: 日間
d. 月経痛(なし・軽い・重い)
e. 出血量(多量・中等量・少量)
f. 最終月経: 月 日より、出血 日間持続

4. 結婚歴 結婚年齢: 才(初婚: 年 月)(離婚: 年 月)(再婚: 年 月)

現在: 婚姻中・婚約中・事実婚・独身 ※前パートナーとの間の妊娠の有無: ある・ない

5. 避妊期間はありますか?

ない ある (年 月 日 ~ 年 月 日の ヶ月間・年間)

6. 不妊期間 (年 ヶ月)

7. 性生活 1ヶ月の性交回数: 回; 排卵日を(意識している・なんとなく・していない・わからない)

8. 妊娠の経験はありますか？ ない ある（今までの妊娠回数 回）
ある方は次にお答えください。（人工中絶 回、自然流産 回、分娩 回）

1. 西暦 年 月 日 治療歴 無 ・ 有 （タイミング ・人工授精 ・体外受精）
☐分娩（妊娠 週／ g／ 男 ・ 女 ）経膣・帝王切開・死産
☐中絶 ☐流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・子宮外妊娠）

2. 西暦 年 月 日 治療歴 無 ・ 有 （タイミング ・人工授精 ・体外受精）
☐分娩（妊娠 週／ g／ 男 ・ 女 ）経膣・帝王切開・死産
☐中絶 ☐流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・子宮外妊娠）

3. 西暦 年 月 日 治療歴 無 ・ 有 （タイミング ・人工授精 ・体外受精）
☐分娩（妊娠 週／ g／ 男 ・ 女 ）経膣・帝王切開・死産
☐中絶 ☐流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・子宮外妊娠）

9. 今まで不妊治療、検査をしたことがありますか？ ない ・ ある（問診表2もご記入下さい）

10. 子宮がん検査（頸がん）をしたことがありますか？ ない・ある（最後に受けたのは 年 月）

11. 風疹について

- a 予防接種を受けたことがありますか？ または罹ったことはありますか？
受けた（いつ： ） ・ 受けていない ・ 罹った（いつ： ）
- b 抗体検査を受けたことがありますか？
受けた（いつ： 抗体あり ・ 抗体なし ） ・ 受けていない

12. 今まで病気や手術をしたことがありますか？（婦人科以外も含めて） ない ・ ある
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患 ・ 性病（ ）
内膜症 ・ 子宮筋腫 ・ 内膜ポリープ
その他（ ）

	病名	治療内容・内服薬	医療機関名	経過
年 月				治療中・終了・経過観察中
年 月				治療中・終了・経過観察中

13. 喘息の診断を受けたことはありますか？

ない ある→発症（ 年 月頃）/ 現在治療 ない・ある /最終発作（ 年 月頃）

14. アレルギーはありますか？

- ・薬剤アレルギー ない ・ ある（薬または注射名： ）
- ・食品アレルギー ない ・ ある（ ）
- ※フルーツを食べて喉がイガイガしたことがありますか？ ない ・ ある（ ）
- ・その他のアレルギー（花粉症 ・ いぬ ・ ネコ ・ アルコール綿 ）

15. 現在、内服している薬はありますか？

ない ある (薬名: _____)

16. タバコは吸いますか？

はじめから吸わない・禁煙した・吸っている (喫煙開始年齢 _____ 歳・喫煙本数 _____ 本/日)

17. お酒は飲みますか？

飲まない・ほとんど飲まない・飲む → 頻度: 毎日・週に(_____)回・月に(_____)回

18. 定期的にスポーツされる習慣はありますか？

いいえ ・ はい → どのくらいですか？ (月 _____ 回) (週 _____ 回) (_____ 時間程度)

19. 睡眠時間は普段どのくらいですか？ 1日平均睡眠時間 約(_____ 時間)

20. お仕事はされていますか？ いいえ はい

はいの方 常勤・パート : 職業(_____) 勤務時間(_____ 時 ~ _____ 時)

21. 当院までの通院時間 約 _____ 時間 分 通院手段(車・電車・バス・自転車・他 _____)

22. 御主人について

a. 結婚年齢: _____ 才(初婚・再婚) ※他パートナーとの間の妊娠の有無: ある・ない

b. 今まで病気や手術をしたことがありますか？

ない ある [耳下腺炎(成人後のおたふくかぜ)・副睾丸炎・停留睾丸・糖尿病・高熱疾患・性病
外陰部外傷・幼少時のソ径ヘルニア(脱腸)の手術・その他(_____)]

c. タバコは吸いますか？

喫煙したことがない・喫煙経験はあるが、現在は禁煙している・喫煙中(_____)本/日

d. お酒は飲みますか？

飲まない・ほとんど飲まない・飲む 頻度: 毎日・週に(_____)回・月に(_____)回

e. 職業(_____)

f. 不妊治療に理解や協力はしてもらえますか？

はい いいえ わからない

g. アレルギーがあればご記入下さい(_____)

23. ご家族について

同居家族(本人も含めて)(_____)人

夫 ・ 子 ・ 義父 ・ 義母 ・ 実父 ・ 実母 ・ その他(_____)

ご家族の健康状態(きょうだいには○をつけてください)

実父 (_____) 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他(_____) 死別

実母 (_____) 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他(_____) 死別

兄・弟・姉・妹(_____) 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他(_____) 死別

兄・弟・姉・妹(_____) 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他(_____) 死別

兄・弟・姉・妹(_____) 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他(_____) 死別

義父 (_____) 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他(_____) 死別

義母 (_____) 歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他(_____) 死別

24. 当クリニックをどうやって知りましたか？ Yahoo! Google goo 不妊・未妊サイトなど

インターネット（検索エンジン又はサイト _____、検索用語 _____）
主治医の紹介（病院名： _____ 医師名： _____）
友人知人（おさしつかえなければお名前を教えてください： _____）
その他（ _____）

25

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。
当院は、医療情報取得加算（初診時、再診時）、医療 DX 推進体制整備加算（初診時）算定医療機関です。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか 同意する ・ 同意しない

{他院にて治療経験のある方は問診表 2 もご記入お願い致します。}