

問診票 (女性患者様用)		当院 ID :	職業
ふりがな		生年月日	
氏名		(S・H) 年 月 日 () 歳	
住所	〒	身長 :	cm
		体重 :	kg
電話番号	(ご自宅)	(携帯)	

1) 本日のご相談内容をお選びください

- ①不妊治療 ②不妊相談 (妊活) ③月経不順 ④不正出血 ⑤下腹部の痛み
 ⑥月経調節 ⑦妊娠検査薬陽性 ⑧おりものの異常 ⑨陰部のかゆみ ⑩子宮筋腫
 ⑪子宮内膜症 ⑫緊急避妊 (時間経過) ⑬その他 ()

2) 月経についてお尋ねします。

1. 最終月経 (一番最近の生理) : 年 月 日 ~ (日間)
 2. 周期 : 日周期 (順調 ・ 不順) 3. 初潮 : 歳 4. 閉経 : 歳

3) 性交渉 (セックス) の経験はありますか? (あり ・ なし)

4) 結婚、妊娠、出産についてお尋ねします。

1. 結婚歴 (未婚 ・ 婚約中 ・ 既婚 → 結婚時の年齢 歳)
 2. 妊娠歴 (あり ・ なし) ※「あり」の方は下記をご記入ください

	年月生	妊娠・分娩の内容
①	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産
②	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産
③	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産
④	年 月 日 () 歳	普通分娩・帝王切開・子宮外妊娠・流産 () 週・人工流産

5) 今までに大きな手術を受けたことがありますか? (あり ・ なし)

(具体的に記入してください)

6) 持病はありますか? (あり ・ なし)

(喘息・高血圧・糖尿病・心疾患・その他→)

7) 現在服用しているお薬はありますか? (あり ・ なし)

(お薬名:)

8) アレルギーはありますか? (あり ・ なし)

(お薬名) (食べ物:) (その他:)

9) 当院クリニックを何でお知りになりましたか? (インターネット ・ 知人に聞いて ・ その他)

10) 医師・スタッフに伝えておきたいことがありましたらご自由にお書きください

不妊治療問診表

11) 不妊期間（避妊をせずに妊娠していない期間）はどれくらいですか？

_____年 _____カ月

12) 不妊検査・治療を受けたことはありますか？

なし・あり

（「あり」の場合）医療機関名：_____

どのように言われましたか？（診断名/治療方針/治療経過など具体的に）

体外受精・顕微授精を受けられた方は以下お知らせください。

総採卵回数 _____回 / 総胚移植回数 _____回（うち、保険での胚移植回数 _____回）

13) 当院でご希望の診察内容をお知らせください。（一つお選びください）

不妊の**検査**を希望する（以下どちらか一方お選びください）

保険の範囲で（不妊期間1年以上 or 不妊に関する病態が必要）

自費で（東京都の助成金が5万円まで受けられる可能性があります。）

一般不妊治療（排卵誘発/人工授精）を希望する

体外受精・顕微授精を希望する（以下どちらか一方お選びください）

保険診療の範囲内で

必要があれば自費でも構わない

14) 風疹について

20歳以上で風疹の予防接種をしたことがありますか？

いいえ ・ はい ・ わからない

20歳以上で風疹の抗体価検査をしたことがありますか？

いいえ ・ はい （検査の結果→抗体あり・抗体なし） ・ わからない

武蔵野市在住の方で当院での抗体価検査を希望しますか？

いいえ ・ はい