**問診表**BMI：　　　　　,血圧；　　 /　 　 ,P;

★　該当する□には☑を、選択肢には○をつけ、　　　は記入してください

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　　　生年月日；Ｓ/H 年　　 　 月　　 　日,　年齢；　　　　　 歳

お名前；　　　　　　　　　 　　　　　旧姓;　　　　 　　　 身長；　　　　cm,体重；　　　　kg(６ヶ月で不変/増加/減少)

〒；　　 　-　　 　, ご住所；　　 　　県　　　　 　　　市/町/村

自宅電話番号；　　　 　-　　　 　-　　　 　　　携帯電話番号；　 　　-　　 　　-　 　　　　　　　血液型；( )型, Rh(＋・－)

ご職業(具体的に職種も)；あり　　　　　　　 　 　　　(職場名・場所；　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　)/なし/元

★　喫煙歴；□なし □あり　　　　 　本/日 □現在は吸っていない　★　飲酒は；□しない □する；毎日/週に　 　日

★　結婚歴；□未婚 □事実婚 □初婚 年 月　　□再婚 年 月（離婚歴 　 回）

★　**ご主人（パートナー）について**

ふりがな　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　生年月日；Ｓ/H 　 年　　 　月　　 　日,年齢；　　　　歳

お名前；　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　,　身長；　　 　 　cm,　体重；　　 　　kg

ご職業(具体的に)；あり　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　/なし/元　　　　　　　,　　携帯電話；　　 　　―　　 　　　―

既往歴(現在治療中やこれまでかかった病気・手術等)；なし/あり

★　喫煙歴；□なし　□あり　　　　　本/日　□現在は吸っていない　　★　飲酒は；□しない　□する

★　結婚歴；□事実婚 □初婚；　　 　年　　　 月 □再婚；　 　　年　　 　月　（離婚歴 回）(子供；□なし　□あり；　　　　人)

★　**不妊について**；□話を聞きたい □検査希望 □治療希望 (□タイミング □排卵誘発 □人工授精 □体外受精 □顕微授精)

★　**不妊期間**；　　 　　年　　　 ヶ月（避妊期間は除いてください）

★　**クリニックに来られたきっかけは？**；知人(　　　　　　　)さんの紹介/近いから/HPを見て/その他( 　 )

★　**紹介状はお持ちですか？**；なし/あり(病院名；　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　,　医師名；　　　　　　　　　　　　　　 　　)

★　**費用について**□保険診療の範囲内　□自費診療も可　□費用にかかわらず最良の治療を選択したい

★　**基礎体温はつけていますか？**；□つけていない　□アプリ(ルナルナ/その他)につけている　□用紙につけている(持参/持参せず)

★　**月経について**　　　初経；　 　 　歳

最終月経；　 　 月　 　日～　 　 月　 　 日,　周期；順調；　 　日型/不順；　　 　日～　　 　日,　持続；　　 　日間,

月経量；少/中/多　　月経痛；□なし □あり(弱/中/強/激しい；腰痛/下腹痛)・薬；　 　 　　 　　　　毎回/時々使用),

★　**妊娠・出産歴**；妊娠： 　 　 回 　出産： 　　 回　中絶歴：□なし□あり　流産： 回 (子宮外妊娠：□なし□あり 回)

　　1.　 　年　　 月　 　日；　　 　週　正常産/帝王切開(適応；　　　　　 　　) /死産/早産 　　　　　　 　 　　　ｇ　♂/♀

自然/タイミング/排卵誘発剤/人工授精/体外受精　施設名；　　　　 　　　　 　　　　　　パートナーはご主人ですか？　はい/いいえ

　　2.　 　 年　 　月　 　日；　　　 週　正常産/帝王切開(適応　　；　　　　 　　) /死産/早産 　　　　　　　 　　　ｇ　♂/♀

自然/タイミング/排卵誘発剤/人工授精/体外受精　施設名；　　 　　　　　　　　　　　　パートナーはご主人ですか？　はい/いいえ

★　**子宮頸がん検診**は以前に受けましたか？　□受けていない □受けた(　　 　 　年　　　 月；異常なし/異常あり)

★　**風疹ワクチン**は受けましたか；□受けた(1・2・3回) □受けていない　□わからない　風疹抗体価：　　　　 　倍/不明

★　**現在サプリメントを服用していますか？**

□いいえ □はい(□葉酸　商品名　　　　　 　 　　 □マルチビタミン 商品名　　 　　　　　　□その他 商品名　　　　　　　　 　　)

★　**ご主人は不妊治療に**；　□協力的　□非協力的　□どちらでもない

★　**平均的な性交間隔は**；週に　 　回/月に 　　 回/ほとんどなし/なし

★　**性交での問題が**　□ない　□ある　性交痛/ED（勃起不全）その他; 　　　 　　　　　　　　　.

★　**アレルギー**；□なし □あり⇒□アルコール綿 □ラテックス □卵 □大豆 □ピーナッツ □その他( 　

★　**注射や採血で気分が悪くなったり変わったことはありましたか？；**□なし □あり⇒どのような症状？

★　**現在治療中や、これまでかかった病気はありますか？**；□特になし　□ぜんそく　□精神疾患/心身症　□甲状腺疾患

□子宮筋腫 □子宮内膜症 □卵巣嚢腫(チョコレート嚢腫/皮様嚢腫/その他) □腺筋症　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＊通院中の病名 病院名

★　**現在薬を飲んでいますか？**；□なし □あり

　　薬剤名　　　　 　　　　 　　　　　　市販薬/処方薬（処方病院名；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　薬剤名　　　　 　　　 　　　　　　　市販薬/処方薬（処方病院名；　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）

★　**治療中の病気・使用中の薬がある方**

　　　治療医・処方医に妊娠・出産OKの確認はしていますか？　□OKの確認ずみ　□確認していない

★　**手術の経験**；□なし　□あり

病名；　　　　　 　　　　手術名　　　　 　　　　 　　開腹/腹腔鏡/その他　手術日；　　 　年　　月　病院名；

★　**家族歴；血縁関係のある方に病気の方はいらっしゃいますか？**；□なし　□あり　病名

★　**不妊検査・治療歴**　；□なし

　□通院中(　 　 　年　 　　月～) 病院名；　　　　　 　　 　　　 　 　　, 医師名；

　□過去に通院していた(　　 　年　 　月～　　 年　 　月);病院名；　　　　　　　　 　　　 , 医師名；

受けた検査；□ホルモン検査　□通気/通水/子宮卵管造影　□ヒューナーテスト　□精液検査　□腹腔鏡　□AMH

□その他;

検査結果；□異常なし　□異常あり；

不妊原因；□原因不明　□排卵障害　□男性因子　□卵管因子　□子宮内膜症　□抗精子抗体陽性　□その他( 　 　　　 )

★　**治療内容**；□タイミング　□排卵誘発 　□人工授精 　□体外受精

★　**体外受精治療歴**；治療施設名 場所

　　　 採卵回数 回　最終施行日 年 月

　　 刺激方法；□高刺激 回　□低刺激 回　　受精方法；□媒精　□顕微授精

胚移植回数（□第一子希望で　　　　回　□第二子希望で　　　　回　□第三子希望で　　　　回）　最終施行日 年 月

移植方法；□新鮮胚移植 　 回　□凍結胚移植（自然周期 　 回；ホルモン補充周期 　 回）

妊娠判定；□陰性 　 回　□陽性（反応のみ 　 回　・　流産 　 回　・　出産 　 　 回）

★　**今までに不妊治療の副作用が出たことが**；□ない　□ある

薬(薬品名；　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　）；じんましん/湿疹/めまい/吐き気/便秘/注射部位の炎症

治療に伴う副作用；卵巣がはれた/腹水がたまった/その他

★　**不妊について心配なこと・ご相談になりたいこと・ご要望がおありでしたら、ご記入ください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　来院時にご記入ください

★個人情報保護に関する当院の基本方針（問診台の前に掲示）はお読みいただき、同意されますか？

　　　同意する / 同意しない⇒同意されない内容につきお教えください

★当院よりご自宅へ緊急連絡等が必要な場合の連絡先は自宅/本人携帯/夫携帯/その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　病院名を出して；　よい / よくないので個人名希望　　　留守電に伝言を入れて；　よい /　よくない