

初診をご予約の患者様へ

### 女性用問診票、男性用問診票、体外受精歴の記入について

「問診票」はご夫婦様分（女性用、男性用）それぞれ2枚ずつございます。  
必ずご本人様にてご記入をお願いいたします。  
またお一人様でご来院の際もご夫婦様分（女性用、男性用）をお持ちください。

体外受精の治療歴がある方は「体外受精歴」についても記入例をもとにご記入ください。  
体外受精歴の用紙が足りない場合は別紙「体外受精歴 追加用紙」をダウンロードご利用  
ください。

診察に必要な情報となりますので分かる範囲でご記入し当日お持ちください。



問診票 女性用

・ご本人様にてご記入ください

記入日 H 年 月 日

ふりがな	年齢	生年月日
氏名	歳	S・H 年 月 日

◎該当する口に☑を、下線部分をご記入をお願いします

〒 都道府県 現住所 通院時間 約 時間 分

自宅電話 - - 携帯電話 - -

e-mail @

職業 勤務先名

・当院の患者様説明会に参加された事はございますか  はい  いいえ

・来院可能日時  いつでも可能  午前のみ  午後早め  午後遅め 曜日 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

・配偶者 夫 氏名 年齢 歳 生年月日 S・H 年 月 日

携帯電話 - - 職業 \_\_\_\_\_

■ 本日来院の目的をお聞かせください

- 不妊の相談  
(  検査をしたい  タイミングをみてほしい  人工授精がしたい  体外受精がしたい )  
( 妊娠を希望されてからどのくらいの期間が経過していますか \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月 )
- 男性不妊
- セカンドオピニオン 通院中のクリニック名 \_\_\_\_\_
- 不育症・習慣性流産の相談 ( 妊娠するが流産となる等 )
- その他 ( 気になること、ご夫婦の希望などご自由にご記入ください )

■ ご自身について

- ・身長 \_\_\_\_\_ cm
- ・体重 \_\_\_\_\_ kg ( 直近1年で5kg  増  減 )
- ・普段の血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg
- ・血液型 \_\_\_\_\_ 型 ( Rh  +  - )
- ・喫煙歴  無  有 ( \_\_\_\_\_ 本/日  現在は喫煙していない )
- ・ご家族に遺伝的な病気を持っている方はいらっしゃいますか  いいえ  はい
- 病名 \_\_\_\_\_  父  母  兄弟  姉妹  祖父  祖母
- 病名 \_\_\_\_\_  父  母  兄弟  姉妹  祖父  祖母

■ ご結婚について

- 結婚 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  再婚 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  未婚 H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 入籍予定
- ・現在の結婚期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月
- ・あなたご自身のお子様 (再婚時を含む)  いない  いる \_\_\_\_\_ 人 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳

■ 月経・性について

- ・初経 \_\_\_\_\_ 歳
- ・最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 日間 本日月経 \_\_\_\_\_ 日目
- ・前回の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 日間
- ・前々回の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 日間
- ・月経周期 (月経開始日から次の月経開始前日まで)  順調 \_\_\_\_\_ 日周期  不順 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 日間
- ・月経に伴い右記の症状がありますか  いいえ  はい (  下腹部痛  腰痛  頭痛 )
- ・痛み止めを使用しますか  いいえ  はい
- ・セックスの経験はありますか  いいえ  はい
- ・セックスの悩みはありますか  いいえ  はい (  セックスレス  ED  夫長期不在  性交痛 )

■ 治療歴について (\*体外受精は別紙「体外受精歴」に記載をお願いします)

□タイミング \_\_\_\_\_回 最後に施行した日 H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 治療施設 \_\_\_\_\_  
 □人工授精 \_\_\_\_\_回 最後に施行した日 H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 治療施設 \_\_\_\_\_

■ 妊娠歴について

年	妊娠経緯	パートナーは 現在のご主人 様ですか	妊娠経過 (週)						出産状況	性別
			正常	早産	流産	中絶	子宮外 妊娠	死産		
S・H _____ 年	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	____週	____週	____週	____週	____週	____週	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
									体重 _____g	
S・H _____ 年	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	____週	____週	____週	____週	____週	____週	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
									体重 _____g	
S・H _____ 年	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	____週	____週	____週	____週	____週	____週	<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
									体重 _____g	

■ 現状歴、既往歴について

□喘息 ( □アスピリン喘息 □その他 \_\_\_\_\_ 最終発作 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 )  
 □子宮筋腫 □子宮内膜症 □腺筋症 □卵巣のう腫 ( □チョコレートのう腫 □皮様のう腫など )  
 □甲状腺疾患 ( □機能亢進症 □機能低下症 )  
 □感染症 ( □HIV □梅毒 □B型肝炎 □C型肝炎 □その他 \_\_\_\_\_ )  
 □癌 (悪性疾患) \_\_\_\_\_ □消化器疾患 \_\_\_\_\_ □精神疾患 \_\_\_\_\_  
 □糖尿病 □高血圧 □血栓症 □心臓病 □肝臓病 □腎臓病  
 □手術の経験がある 手術歴 S・H \_\_\_\_\_ 年 病名 \_\_\_\_\_ 手術 \_\_\_\_\_  
 S・H \_\_\_\_\_ 年 病名 \_\_\_\_\_ 手術 \_\_\_\_\_

■ お薬について

・現在服用中のお薬 (サプリメント、漢方含) はありますか □いいえ □はい薬品名 \_\_\_\_\_  
 ・ピルを内服していますか □いいえ □はい薬品名 \_\_\_\_\_ 服用期間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ まで

■ アレルギーについて ・内服薬や注射で副作用・アレルギーを経験したことはありますか □いいえ □はい

アレルギー対象	薬品名	症状
□局所麻酔 (歯科麻酔)		
□ラテックス		
□消毒	□アルコール □ヨード	
□ホルモン剤		
□抗生剤		
□その他		

■ 他院での検査・治療歴について

検査内容	検査日	異常	結果
□高プロラクチン血症	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	
□AMH検査	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	
□卵管造影	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	右: □狭窄 □癒着 □卵管水腫 左: □狭窄 □癒着 □卵管水腫
□子宮鏡検査	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	
□精液検査	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	
□ヒューナー検査	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	□やや不良 □不良 □その他 _____
□クラミジア検査	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	□内服済 □未治療
□子宮頸ガン検査	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	□治療済 □経過観察中
□不育症検査	H _____ 年 _____ 月	□なし □あり	
□風疹検査	H _____ 年 _____ 月		□抗体価 _____

職員記入欄



## 問診票 男性用

・ご本人様にてご記入ください

記入日 H 年 月 日

ふりがな	年齢	生年月日
氏名	歳	S・H 年 月 日

◎該当する□に☑を、下線部分をご記入をお願いします

〒 都道府県 現住所 通院時間 約 時間 分

自宅電話 - - 携帯電話 - -

e-mail @

職業 勤務先名

- ・当院の患者様説明会に参加された事がございますか はい いいえ
- ・来院可能日時 いつでも可能 午前のみ 午後早め 午後遅め 曜日 \_\_\_\_\_
- その他 \_\_\_\_\_

・配偶者 <sup>ふりがな</sup> 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日

携帯電話 - -

## ■ ご自身について

- ・身長 \_\_\_\_\_ cm
- ・体重 \_\_\_\_\_ kg (直近1年で5kg 増 減)
- ・普段の血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg
- ・血液型 \_\_\_\_\_ 型 (Rh + -)
- ・喫煙歴 無 有 ( \_\_\_\_\_ 本/日 現在は喫煙していない)
- ・ご家族に遺伝的な病気を持っている方はいらっしゃいますか いいえ はい
- 病名 \_\_\_\_\_ 父 母 兄弟 姉妹 祖父 祖母
- 病名 \_\_\_\_\_ 父 母 兄弟 姉妹 祖父 祖母

## ■ ご結婚・お子様について

- 結婚 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 再婚 S・H \_\_\_\_\_ 年 月 未婚 H \_\_\_\_\_ 年 月 入籍予定
- ・現在の結婚期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月
  - ・あなたご自身のお子様 (再婚時を含む) いない いる \_\_\_\_\_ 人 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 歳

## ■ 他院での検査・治療歴について

検査内容	検査日	結果
<input type="checkbox"/> ホルモン値の検査	H 年 月	
<input type="checkbox"/> 触診	H 年 月	
<input type="checkbox"/> 染色体検査	H 年 月	
<input type="checkbox"/> Y染色体微小欠失 (AZF)	H 年 月	

## ■ 精液検査について

- ・今までに精液検査を受けたことがありますか いいえ はい (近々のデータをわかる範囲でご記入ください)

検査日	精液液量	精子濃度	精子運動率
H 年 月	ml	$\times 10^6/ml$	%
H 年 月	ml	$\times 10^6/ml$	%
H 年 月	ml	$\times 10^6/ml$	%
H 年 月	ml	$\times 10^6/ml$	%

裏面へつづきます





記入日 H 年 月 日

体外受精歴

ふりがな	生年月日
氏名	S・H 年 月 日

◎該当する□に☑を、( )部分をご記入をお願いします。

- 採卵回数 ( ) 回
- 移植回数 ( ) 回
- 現在凍結保存中胚 なし あり 分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個

治療年月・施設名	治療方法	採卵数	媒精法	受精数	移植数と胚の種類	凍結数	妊娠判定
H ( ) 年 ( ) 月 施設名 ( )	<input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 刺激法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期 <input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> フェマラ <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明 誘発方法 <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> スプレキュア <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充	( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 採卵年月日 H ( ) 年 ( )
H ( ) 年 ( ) 月 施設名 ( )	<input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 刺激法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期 <input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> フェマラ <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明 誘発方法 <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> スプレキュア <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充	( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 採卵年月日 H ( ) 年 ( )
H ( ) 年 ( ) 月 施設名 ( )	<input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 刺激法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期 <input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> フェマラ <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明 誘発方法 <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> スプレキュア <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充	( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 採卵年月日 H ( ) 年 ( )
H ( ) 年 ( ) 月 施設名 ( )	<input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 刺激法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期 <input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> フェマラ <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明 誘発方法 <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> スプレキュア <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充	( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - 採卵年月日 H ( ) 年 ( )

# 記入例

## 体外受精歴

■採卵回数 ( 1 ) 回

■移植回数 ( 2 ) 回

■現在凍結保存中胚 なし あり 分割胚 ( 0 ) 個 胚盤胞 ( 1 ) 個

### <記入時注意事項>

- ・採卵・移植回数は、当院来院までに行ったすべての回数となります。
- ・ご記入は時系列にてお願いします。
- ・お分かりになる範囲で構いません。
- ・用紙が足りない場合は、「体外受精歴 追加用」をダウンロードしご利用ください。

治療年月・施設名	治療方法	採卵数	媒精法	受精数	移植数と胚の種類	凍結数	妊娠判定
H ( ● ) 年 ( ● ) 月 施設名 ( ●●●●クリニック )	<input checked="" type="checkbox"/> 採卵 ・刺激法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 ・低刺激周期 <input checked="" type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> フェマール ・ <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明 誘発方法 <input type="checkbox"/> HCG <input checked="" type="checkbox"/> スプレキュア	( 5 ) 個	体外受精 ( 2 ) 個 顕微授精 ( 3 ) 個	体外受精 ( 1 ) 個 顕微授精 ( 3 ) 個	分割胚 ( 1 ) 個 胚盤胞 ( 0 ) 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	分割胚 ( 0 ) 個 胚盤胞 ( 3 ) 個	<input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -
	<input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充				分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個	採卵年月日 H ( ) 年 ( ) 月	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
H ( ● ) 年 ( ● ) 月 施設名 ( ●●●●クリニック )	<input type="checkbox"/> 採卵 ・刺激法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 ・低刺激周期 <input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> フェマール ・ <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明 誘発方法 <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> スプレキュア	( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
	<input checked="" type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input checked="" type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> ホルモン補充				分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( 1 ) 個	採卵年月日 H ( ● ) 年 ( ● ) 月	<input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> -
H ( ● ) 年 ( ● ) 月 施設名 ( ●●●●クリニック )	<input type="checkbox"/> 採卵 ・刺激法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 ・低刺激周期 <input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> フェマール ・ <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明 誘発方法 <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> スプレキュア	( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	体外受精 ( ) 個 顕微授精 ( ) 個	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個 <input type="checkbox"/> 移植せず	分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( ) 個	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
	<input checked="" type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/> 自然 <input checked="" type="checkbox"/> ホルモン補充				分割胚 ( ) 個 胚盤胞 ( 1 ) 個	採卵年月日 H ( ● ) 年 ( ● ) 月	<input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -