

本人	(ふりがな) 氏名	【 歳 】	夫または パートナー	(ふりがな) 氏名	【 歳 】
	生年月日【 S・H 年 月 日 】			生年月日【 S・H 年 月 日 】	
住所 〒					
携帯電話 【 】			携帯電話 【 】		
職業 【 】			職業 【 】		
血液型 【 型 Rh + / - / 不明 】			血液型 【 型 Rh + / - / 不明 】		
*必須記載* 緊急連絡先(ご本人様以外)【 TEL / 続柄： 】					

受診された理由を教えてください。該当するものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 不妊相談	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(自費の検診)
<input type="checkbox"/> プライダルチェック	<input type="checkbox"/> 中央区の子宮がん検診→受診券を提出してください。
<input type="checkbox"/> 妊娠確認 →妊娠検査薬： 月 日 (陽性・陰性) ・未検査	<input type="checkbox"/> 不正出血→( 月 日～ 日間)
<input type="checkbox"/> 低用量ピルの相談	<input type="checkbox"/> 月経異常(月経不順など)
<input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル→別紙問診票の記載もお願いします。	<input type="checkbox"/> 下腹部痛
<input type="checkbox"/> 月経移動 →月経を避けたい日( 月 日～ 月 日)	<input type="checkbox"/> おりもの異常(多い・臭い・色)
	<input type="checkbox"/> 外陰部のかゆみ・痛み
	<input type="checkbox"/> その他【 】

月経について

初経： 歳  
 最終月経： 年 月 日から 出血のある期間： 日間  
 月経周期： ～ 日周期  順/ 不順 基礎体温：  無/ 有  
 月経量：  少ない/ 普通/ 多い 月経痛：  無/ 軽度/ 痛/ 激痛

結婚・妊娠・分娩について

性交渉の経験はありますか？  ある/ ない  
 結婚していますか？  
 既婚： 年 月 日  初婚/ 再婚 夫： 初婚/ 再婚  
 未婚：入籍予定はありますか？  無/ 有→ 年 月 日  
 妊娠したことがありますか？  無/ 有→詳細を記載してください。

出産	【 回 】	【時期： 】
流産	【 回 】	【時期： 】
中絶	【 回 】	【時期： 】

身長：【 cm 】 体重：【 kg 】  
 感染症はありますか？  無/ B型肝炎/ C型肝炎/ 梅毒/ HIV/ 不明  
 てんかん・けいれん発作を起こしたことがありますか？  無/ 有→( 年 月 )  
 喘息の既往はありますか？  無/ 有→(最終発作 年 月 )  
 喫煙しますか？  無/ 有→( 本/日 )/ 以前喫煙していた  
 現在、服用している薬(サプリメントを含む)はありますか？  無/ 有→薬剤名を記載してください。

既往・現病歴：□無/□有→診断時期/疾患名/処方内容/病院名 を記載してください。

ex)2015～通院中/バセドウ病/内服なしで定期通院/〇〇クリニック

手術歴：□無/□有→手術時期/手術内容/病院名 を記載してください。

ex)2019年5月/子宮筋腫摘出術/〇〇病院

アレルギーはありますか？(薬・食べ物・花粉症など)：□無/□有→具体的に記載してください。

□アルコール綿球 □テープ・絆創膏 □天然ゴム(ラテックスアレルギー) □金属  
□その他→具体的に記載してください。

検査歴について

Table with 4 rows: 子宮頸がん, クラミジア, 風疹抗体, 風疹ワクチン接種. Each row contains checkboxes for '無' and '有' followed by a bracketed area for date and details.

挙児希望(不妊相談)の方は以下の問診にもお答えください。

ご希望の治療を教えてください。

- 不妊の検査/□タイミング指導(排卵日指導)/□人工授精(AIH)/□体外受精  
□その他 【 】

今後の治療についてご希望はありますか？

- 自然妊娠のみ希望/□人工授精までは考えている/□医学的に必要ならば体外受精まで考える  
□その他 【 】

不妊期間はどれくらいですか？ : 【 年 ヶ月】(避妊なしで性交渉をしている期間)

性交障害はありますか？ : □無/□有

性交痛はありますか？ : □無/□有

性交渉は月に何回くらいありますか？ : 【 約 回】

不妊治療を受けたことがありますか？ : □無/□有→【通院期間： 病院名： 】

これまでに受けた不妊検査の内容を教えてください。

Table with 5 rows: 基礎ホルモン検査, 卵管検査, フーナー検査, 黄体機能ホルモン検査, 精子検査, その他. Each row contains checkboxes for '無' and '有' followed by a bracketed area for date and details.

これまでに受けた不妊治療の内容を教えてください。

Table with 2 rows: Row 1: □排卵誘発剤(内服・注射)→薬剤名: □黄体補充(内服・注射)→薬剤名: ; Row 2: タイミング指導【 回】 人工授精【 回】 採卵【 回→IVF 回/ICSI 回】 移植【 回】

定期的な通院はどのくらいまで可能ですか？ : □必要に応じ可能/□平日は夜のみ/□土日のみ/□ほとんど不可能

当院までの所要時間はどれくらいですか？ : 【□自宅から/□会社から】 【□徒歩/□電車/□車】 【約 分】

ご主人は不妊治療に協力的ですか？ : □かなり協力的/□まあまあ協力的/□協力的とはいえない

当院を何で知りましたか？

- 紹介 【 】 □当院HP □当院Blog □当院Instagram □看板  
□雑誌 【 】 □その他インターネット □その他 【 】