

初診 問診票 1 枚目

年 月 日

※パートナー様が先に受診済みの場合は、受付にお声掛けください。

★裏面もご記入下さい。

当院で希望される検査・治療（複数可）

- ☐不妊相談（☐検査から/☐タイミング治療/☐人工授精/☐体外受精/
☐不育に関する検査・治療/☐卵管鏡/
☐心理カウンセリング/☐遺伝カウンセリング/☐セカンドオピニオン）
☐卵子凍結 ☐卵管造影検査のみ希望
☐その他：（ ）

連絡先についてご記入ください。

※クリニックからお電話をかけさせていただくことがございますのでお間違い無いようにご記入ください。

女性の方の情報

（フリガナ）

お名前（ ）歳 Tel（ ）
生年月日 西暦 年 月 日 ご職業（ ）
ご住所（〒 ）

男性の方（パートナーなど）の情報

（フリガナ）

お名前（ ）歳 Tel（ ）
生年月日 西暦 年 月 日 ご職業（ ）
ご住所（〒 ）

最近の月経等について

月経周期 日～ 日型（☐順 /☐不順） ☐無月経
最近の月経はいつからありましたか？ 年 月 日
現在ピルを内服されていますか？ ☐いいえ/☐はい
性交歴または婦人科診察歴（内診）はありますか？ ☐いいえ/☐はい
風疹抗体検査を受けたことがありますか？ ☐いいえ/☐はい（時期： ）
現在葉酸を摂取されていますか？ ☐いいえ/☐はい

既往歴・アレルギーについて

アレルギー ☐なし/☐あり（原因： ）
喘息 ☐なし/☐あり
甲状腺疾患 ☐なし/☐あり（ ）
治療歴 ☐なし/☐あり（ ）
手術歴 ☐なし/☐あり（ ）
不妊期間について ☐1 年未満/☐1-2 年未満/☐2 年以上
性交渉に伴う問題点 ☐なし/☐あり（☐性交痛/☐勃起不全、射精困難/☐日程調整困難/☐その他）

妊娠歴について

妊娠 回 / 出産 回 / 流産 回 / 人工妊娠中絶 回

今までに受けた不妊治療歴について

- ☐ 治療を受けたことはない ☐ タイミング法 ☐ 人工授精
☐ 体外受精（自費:採卵 回/ 移植 回）（保険:採卵 回/ 移植 回）

今までに行なった不妊検査について（複数回答可）

- ☐ 検査を受けたことはない
☐ 基礎体温 ☐ 月経中ホルモン採血 ☐ 高温期ホルモン採血 ☐ AMH ☐ 甲状腺採血
☐ フーナー検査 ☐ 子宮卵管造影 ☐ 子宮鏡検査 ☐ 腹腔鏡検査
☐ 坑精子抗体 ☐ クラミジア ☐ 不育症検査 ☐ 精液検査 ☐ その他（ ）

婚姻状況について ☐ 既婚 ☐ 内縁/事実婚 ☐ 未婚

離婚歴 女性：☐ なし/☐ あり

前婚姻：（ 歳～ 歳） 子供：☐ なし/☐ あり（ 人）

前々婚姻：（ 歳～ 歳） 子供：☐ なし/☐ あり（ 人）

男性：☐ なし/☐ あり

前婚姻：（ 歳～ 歳） 子供：☐ なし/☐ あり（ 人）

生活習慣についてお答えください

・女性の 身長 cm/体重 kg 健康状態（☐ 良好/☐ 不良）
過去の喫煙歴 ☐ なし/☐ あり 歳から 現在の喫煙 ☐ なし/☐ あり 1 日 本程度
飲酒習慣 ☐ なし/☐ あり 1 日 ml 程度（種類： ）

・男性の（パートナーなど）

身長 cm/体重 kg 健康状態（☐ 良好/☐ 不良）
過去の喫煙歴 ☐ なし/☐ あり 歳から 現在の喫煙 ☐ なし/☐ あり 1 日 本程度
飲酒習慣 ☐ なし/☐ あり 1 日 ml 程度（種類： ）

紹介者がいる場合はご記入ください(わかる範囲で構いません)

☐ 主治医の紹介（医療機関名： / 医師名 紹介状：☐ あり/☐ なし）
☐ 知人の紹介（紹介者： ）

女性医師の希望はありますか？ ☐ 特にはない / ☐ 可能なら女医 / ※ ☐ 絶対に女医

- ※（【可能なら女医】希望の場合でも診察状況により男性医師の診察となります。）
※（女性医師を希望される場合はお待ちいただく時間が非常に長くなりますのでご了承ください。）
※（【絶対に女医】希望の場合は男性医師のみの曜日は受診できなくなりますのでご了承下さい。）

～当院をご利用いただく皆様へのお願い～

当院は、すべての患者様が安心して安全に治療を受けられる環境づくりに努めております

【遵守事項】

- ・クリニック規則（子連れ通院禁止等）の遵守
- ・医療スタッフに対する暴言・威嚇、または大声での威圧的な言動の禁止
- ・他の患者様の安静およびプライバシーを妨げる行為の禁止

上記に反する行為が確認された場合、当院の判断により診察をお断り、または退去していただく場合がございます。

氏名 (妻自筆) 氏名 (夫自筆)