

初診 問診票 1 枚目

年 月 日

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
- 男性不妊 ※男性不妊をご希望の方は別の問診票に記載していただくため受付にお声がけください。
- 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： ）

治療歴：（ ）

手術歴：（ ）

・喘息 なし/あり ・甲状腺疾患 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）

初診 問診票 2枚目

年 月 日

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)

前々婚姻: (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?

どちらでも構わない / はい

※ (女性医師不在の場合に受診された場合は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長くなる可能性がございます。)