

<p>《ご本人》</p> <p>氏名 _____</p> <p>生年月日 西暦 年 月 日 (歳)</p> <p>身長: cm・体重: kg BMI ()</p> <p>血液型: 型 Rh (+・-・不明)</p> <p>BP (/) こちらで記入いたします</p> <p>住所 〒 (-)</p> <hr/> <p>携帯電話 (- -)</p> <p>ご自宅 (- -)</p> <p>※ご自宅への連絡不可の方は記入不要です。</p>	<p>《御主人》</p> <p>氏名 _____</p> <p>生年月日 西暦 年 月 日 (歳)</p> <p>身長: cm・体重: kg BMI ()</p> <p>血液型: 型 Rh (+・-・不明)</p> <p>住所 〒 (-)</p> <hr/> <p>携帯電話 (- -)</p>
--	---

1. 受診理由 (複数回答可)
 - a. 子供がほしい (第1子希望・第2子希望) b. 流産を繰り返す c. 月経がこない
 - d. 不正出血がある e. 性交ができない(勃起不全・射精しない) f. その他()

2. 当院で希望する治療は何ですか?

一般不妊治療・人工授精・体外受精・顕微授精・カウンセリング・その他()

3. 出生発育歴、月経歴など (わかる範囲で結構です)
 - a. 生まれた時の体重 約 g b. 早産の有無 (あり・なし・不明) c. 初潮年齢: 才
 - d. 月経周期: 日 (順・不順) e. 出血の平均日数: 日間
 - f. 月経痛 (なし・軽い・重い) g. 出血量 (多量・中等量・少量)
 - h. 最終月経: 月 日より、出血 日間持続

4. 結婚歴

結婚年齢: 才 (初婚:西暦 年 月)(離婚:西暦 年 月)(再婚:西暦 年 月)

婚約中・内縁・独身

5. 避妊期間がありますか?

ない ある (西暦 年 月 日~ 年 月 日の ヶ月間・年間)

6. 不妊期間 (年 ヶ月)

7. 今まで不妊治療、検査をしたことがありますか? ない ある

(他院にて治療経験のある方は問診票2もご記入下さい)

8. 性生活 1ヶ月の性交回数: 回; 排卵日を (意識している・なんとなく・していない・わからない)

9. 妊娠の経験はありますか？ ない ある（今までの妊娠回数 回）

ある方は次にお答えください。

1. 西暦 年 月 治療歴 無・有（タイミング・人工授精・体外受精）

□分娩（妊娠 週／ g）経産・帝王切開 □中絶 □流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認） □子宮外妊娠

2. 西暦 年 月 治療歴 無・有（タイミング・人工授精・体外受精）

□分娩（妊娠 週／ g）経産・帝王切開 □中絶 □流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認） □子宮外妊娠

3. 西暦 年 月 治療歴 無・有（タイミング・人工授精・体外受精）

□分娩（妊娠 週／ g）経産・帝王切開 □中絶 □流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認） □子宮外妊娠

10. 子宮がん検査（頸がん）を受けたことがありますか？

ない ある（最後に受けたのは 西暦 年 月）

11. 風疹の予防接種を受けたことがありますか？又は罹ったことはありますか？

受けた（西暦 年 月） 受けていない 罹った（西暦 年 月）

12. 風疹抗体検査を希望しますか？ 希望する 希望しない

13. 今まで病気や手術をしたことがありますか？（婦人科以外も含めて）

ない ある〔病気：高血圧・糖尿病・肝臓病・ぜんそく・その他（ ）〕
（手術： ）

14. 喘息の診断を受けたことはありますか？

ない ある→発症（西暦 年 月頃）/ 現在治療 ない・ある /最終発作（西暦 年 月頃）

15. 最近、健康診断を受けたことがありますか？ ない ある（可能ならば結果をご持参ください）

16. アレルギーはありますか？

・薬剤アレルギー ない ある（薬または注射名： ）

・卵アレルギー ない ある ・大豆アレルギー ない ある

・その他（ ）

17. 現在、内服している薬はありますか？

ない ある（薬名： ）

18. タバコは吸いますか？

はじめから吸わない ・ 禁煙した ・ 吸っている

※禁煙した方

※吸っている方

喫煙開始年齢（ ）歳

喫煙開始年齢（ ）歳

禁煙した年齢（ ）歳

喫煙本数（ ）本/日

禁煙前の喫煙本数（ ）本/日

19. お酒は飲まれますか？

飲まない ・ ほとんど飲まない・飲む → 頻度：毎日・週に（ ）回・月に（ ）回

20. 定期的にスポーツされる習慣はありますか？

いいえ ・ はい → どのくらいですか？（月 回）（週 回）（ 時間程度）

21. 睡眠時間は普段どのくらいですか？ 1日平均睡眠時間 約（ 時間）

22. お仕事はされていますか？ いいえ はい

はいの方 常勤・パート : 職業（ ） 勤務時間（ 時 ～ 時 ）

☆通院不可能な曜日、時間帯はありますか？ ない ある（ ）

23. 当院までの通院時間 約 時間 分 通院手段（車・電車・バス・自転車・その他： ）

24. 御主人について

a. 結婚年齢： 才（初婚・再婚） 再婚と答えた方； 前妻との間の妊娠の有無（ある・ない）

b. 今まで病気や手術をしたことがありますか？

ない ある [耳下腺炎（成人後のおたふくかぜ）・副睾丸炎・停留睾丸・糖尿病・高熱疾患・性病
外陰部外傷・幼少時のソ径ヘルニア（脱腸）の手術・その他（ ）]

c. タバコは吸いますか？

喫煙したことがない ・ 喫煙経験はあるが、現在は禁煙している ・ 喫煙中（ ）本/日

d. お酒は飲まれますか？

飲まない ・ ほとんど飲まない ・ 飲む：【頻度】毎日・週に（ ）回・月に（ ）回

e. 職業（ ）

25. ご家族について

同居家族（本人も含めて）（ ）人

夫 ・ 子 ・ 義父 ・ 義母 ・ 実父 ・ 実母 ・ その他（ ）

ご家族の健康状態（きょうだいには○をつけてください）

実父	（ ）歳	健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）	死別
実母	（ ）歳	健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）	死別
兄・弟・姉・妹	（ ）歳	健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）	死別
兄・弟・姉・妹	（ ）歳	健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）	死別
兄・弟・姉・妹	（ ）歳	健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）	死別
義父	（ ）歳	健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）	死別
義母	（ ）歳	健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）	死別

26. 当クリニックをどうやって知りましたか？

インターネット（検索エンジン又はサイト 、 検索用語 ）

Yahoo!, goo, 不妊・未妊サイトなび など

主治医の紹介（病院名： ）・友人知人・看板・雑誌・その他（ ）

（他院にて治療経験のある方は問診票2もご記入下さい）