



※ 当院記入欄

ID No.

【初診予約日時】

20 年 月 日() :

初診患者様問診票

《 注意事項 》

- ・印刷は、1ページにつきA4用紙に1枚で印刷してください。(縮小印刷、裏表印刷は不可)
カラーコピーでなくても問題ございません。
- ・色のついているところにご記入いただき、選択肢があるものは○で囲ってください。
- ・日付は、**すべて西暦**でご記入ください。

※ ご記入いただいた個人情報は、診療以外に使用することはございません。

診察を正確に行わせていただくために、基本情報ならびに治療歴などにお答えください。

【 基本情報 】

※全て必須※

【ご本人】

フリガナ 氏名(姓・名)	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>					
生年月日(西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	年齢	<input type="text"/>	歳
職業	<input type="text"/>								
携帯電話番号	<input type="text"/>								
メールアドレス	<input type="text"/>								
住所	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
	※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自宅電話番号	<input type="text"/>								
	※自宅電話番号へご連絡する際、当院名をお伝えしてもよろしいですか								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【夫(パートナー)】

夫 フリガナ 夫 氏名(姓・名)	姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>					
生年月日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	年齢	<input type="text"/>	歳
身長(整数)	<input type="text"/>	cm	体重(整数)	<input type="text"/>	kg				
血液型	<input type="text"/>	型	(Rh : <input type="text"/>)						
	※血液型の検査結果をお持ちの場合はコピーをご持参ください								
職業	<input type="text"/>								
携帯電話番号	<input type="text"/>								
メールアドレス	<input type="text"/>								

1 女性初診時間診票

当院にご予約されたきっかけ(選択)

医師の紹介*	知人の紹介*	ホームページ
坂口院長ブログ	Google・Yahoo!検索	ルナルナ
雑誌	本	その他*

* のマークがあるものを選択された方は(医療機関・医師名、紹介者名など)お書きください

当院で希望する治療内容をお聞かせください(選択)

一般不妊症検査	タイミング法	人工授精
体外受精/顕微授精	不育検査/治療(着床障害関連)	セカンドオピニオン
その他 ()		

特に強くご希望されることがありましたらお書き下さい

--

ご自身についてお聞かせください

身長(整数) cm

体重(整数) kg 直近1年間で5kgの 増減なし

血液型 型 (Rh :)
※ 血液型の検査結果をお持ちの場合はコピーをご持参ください

喫煙歴はありますか なし 現在あり 過去あり

- 「現在あり」の方お答えください 歳から 1日 本

- 「過去あり」の方お答えください 歳から 歳まで 1日に 本

飲酒の習慣はありますか はい いいえ 頻度

- 量についてお答えください 1日に を 杯くらい

職業上、有機溶剤を使用していますか はい いいえ

職業上、放射線や放射性物質を使用していますか はい いいえ

ウサギを飼っていたことがありますか はい いいえ

ピーナッツのアレルギーはありますか はい いいえ

採血や注射によって気分が悪くなったことがありますか はい いいえ

検査・治療によって気分が悪くなったことがありますか はい いいえ

輸血したことがありますか はい いいえ

万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか はい いいえ

2 女性初診時間診票

月経についてお聞かせ下さい

初潮は何歳のときにありましたか 歳

一番最近の月経開始日はいつですか 年 月 日より出血 日間持続

その前の月経開始日はいつですか 年 月 日より出血 日間持続

月経は何日型ですか(順・不順か選択下さい) 日型 順 不順 出血の継続約 日間

- 「不順」の場合お答えください 最短で 日周期 最長で 日周期

月経の量 少ない 普通 多い

月経困難 なし 弱い 中 強い 非常に強い

具体的に () が痛い

ご結婚についてお聞かせください

ご結婚されていますか はい(初婚 再婚) いいえ(離婚 事実婚 婚約 独身)

現在の婚姻状況に合わせて下記の質問にお答えください

「初婚」はいつからですか 年 月 日 結婚年齢 歳

「離婚」(離婚・再婚を選択された方) 年 月

「再婚」はいつからですか 年 月 日

「事実婚」の方お答えください 年頃～ 同居 あり なし

住民票の住所 同一 別

現在の結婚期間 年 ヶ月

性生活・不妊期間についてお聞かせ下さい

妊娠を目指したのはいつ頃ですか 年 月

最近性交渉はありますか はい いいえ

記憶にある中で最も近い性交渉はいつですか 月 日

性交渉の頻度 あり 全くなし

- 性交渉の頻度「あり」の方 週 月 年 あたりに 回くらい

- 性交渉の頻度「全くなし」の方 結婚当初から 数年前から 年前から

性交渉に支障がありますか はい いいえ

- 「はい」の方、詳細をお書きください

妊娠したことがありますか はい いいえ

※「はい」の方は「妊娠歴」に詳細をお書きください

3 女性初診時間診票

現状歴、既往歴、家族歴についてお聞かせください

薬剤や食べ物で症状（アレルギーなど）がでたことがありますか

 はい いいえ

- 「はい」の方、詳細をお書きください

	原因物質	症状
①		
②		
③		
④		

下記の病気の経験はありますか

 はい いいえ

- 「はい」の方、詳細をお書きください

高血圧	<input type="text"/> 歳	服用中の薬剤名:	<input type="text"/>
糖尿病	<input type="text"/> 歳	服用中の薬剤名:	<input type="text"/>
喘息	<input type="text"/> 歳	服用中の薬剤名:	<input type="text"/>
甲状腺疾患	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症(バセドウ病) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症(橋本病)	
		服用中の薬剤名:	<input type="text"/>

上記以外でその他に病歴がありましたらお書きください

<input type="text"/> 歳	病名	:	<input type="text"/>
	服用中の薬剤名:		<input type="text"/>
<input type="text"/> 歳	病名	:	<input type="text"/>
	服用中の薬剤名:		<input type="text"/>

手術を受けた経験はありますか

 はい いいえ

- 「はい」の方、詳細をお書きください

<input type="text"/> 歳	病名	:	<input type="text"/>
<input type="text"/> 歳	病名	:	<input type="text"/>
<input type="text"/> 歳	病名	:	<input type="text"/>

下記のサプリメントで内服しているものがありましたら内服量をお書きください

サプリメント名	量
ビタミンD (μgではなくIUでお書きください)	<input type="text"/> IU
DHEA	<input type="text"/> mg
葉酸	<input type="text"/> μg
亜鉛	<input type="text"/> mg
イノシトール	<input type="text"/> g

血縁のご家族(3親等以内)に下記の病気の方はいらっしゃいますか

 はい いいえ

- 「はい」の方、ご本人とご関係をお書きください

脳梗塞	<input type="text"/>	高血圧	<input type="text"/>	心筋梗塞	<input type="text"/>
糖尿病	<input type="text"/>	狭心症	<input type="text"/>	癌	<input type="text"/>
肺塞栓症	<input type="text"/>	肉腫	<input type="text"/>	深部静脈血栓症	<input type="text"/>

4 治療歴・検査結果

不妊治療・検査歴についてお聞かせください

今までにうけた不妊検査についてお書きください

※検査結果をおもの方は、当日検査結果のコピーをご持参ください

	検査歴		検査 (西暦)年/月/日		結果		異常の場合、詳細をお書きください
	あり	なし			正常	異常	
フーナー検査	あり	なし			正常	異常	
子宮卵管造影	あり	なし			正常	異常	
子宮鏡検査	あり	なし			正常	異常	
精液検査	あり	なし			正常	異常	
抗精子抗体	あり	なし			正常	異常	
風疹抗体	あり	なし			正常	異常	
クラミア抗原検査(PCR)	あり	なし			正常	異常	
クラミア抗体検査(血液)	あり	なし			正常	異常	
子宮頸がん検査	あり	なし			正常	異常	
不育症検査	あり	なし	※「あり」の方は「不育検査」にて詳細をお書きください				

今までに不妊治療をうけたことがありますか

あり なし

施設名

- 「あり」の方、どのような治療をうけたことがありますか

タイミング法

人口授精

採卵

胚移植

TESE

回

回

回

回

回

採卵、胚移植をうけたことがある方は下記に答えてください

- ご自身で注射を打ったことがありますか

あり なし

注射のタイプ

感染症採血結果をお書きください (最新の検査結果(1年以内))

※当日は(血液型の検査結果も含め)必ず検査結果のコピーをご持参ください

ご持参いただけない場合や検査結果が1年以上経過している場合は、当院で再検査が必要になります

【ご本人】	採血 (西暦)年/月/日	結果	【夫 (パートナー)】	採血 (西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)	HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)
C型肝炎(HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)	C型肝炎(HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)
B型肝炎(HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)	B型肝炎(HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (RPR)	<input type="text"/>	(-) (+)	梅毒 (RPR)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)	梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)

下記の採血検査結果をお持ちの場合はお書きください (最新の検査結果)

	採血 (西暦)年/月/日	結果		採血 (西暦)年/月/日	結果
AMH	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/mL)	銅	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μg/dL)
プロラクチン	<input type="text"/>	<input type="text"/> (*10 ⁴ /μL)	亜鉛	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μg/dL)
FT4	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/dL)	DHEA-S	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μg/dL)
TSH	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μIU/mL)	テストステロン	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/mL)
TPO抗体	<input type="text"/>	<input type="text"/> (IU/mL)	25OHビ ² タミD	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/mL)

6 ART歴②・妊娠歴

凍結胚移植についてお聞かせください

	年月	施設名	方法	使用薬剤 (内服・注射・点鼻・貼付・座薬)	移植数	移植胚 グレード	IVF由来 ICSI由来	併用した治療	妊娠 判定	HCG値	胎嚢数	結果
例1	2019/05	〇〇〇クリニック	ホルモン補充周期	エストラーナ、ルトラール	1	4BA	IVF	SEET法	(+)	130	1	心拍確認後8週流産
例2	2019/08	×××クリニック	自然周期	フェマ-71×3、HGC富士150、アゼキア	2		ICSI	なし	(-)	<0.5	-	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

妊娠歴についてお聞かせください

	年月	妊娠 週数	妊婦の転帰	性別	出生体重	妊娠方法	不育治療	染色体検査
例	2019/08	37	帝王切開	女	3000 g	新鮮胚移植	バイアスピリン	46,XX
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

第二子希望の方はお答えください。第一子はどのようにして妊娠しましたか(選択)

自然妊娠	タイミング指導	人工授精
体外/顕微授精	その他 ()	

7 不育検査

不育症検査結果をお書きください

		採血（西暦）年/月/日	結果
耐糖能	A1C		%
	空腹時血糖		(mg/dL)
	インスリン		(μ U/mL)
	HOMA-R (血糖*インスリン/405)		
免疫	NK細胞活性		%
抗リン脂質抗体	LA (ループスアンチコアグラント)		
	抗CL(カルジオリピン)抗体 - IgG抗体		(U/mL)
	抗CL(カルジオリピン)抗体 - IgM抗体		(U/mL)
	抗PE抗体 - IgG キニノーゲン (+)		
	キニノーゲン (-)		
	抗PE抗体 - IgM キニノーゲン (+)		
	キニノーゲン (-)		
	抗CL- β 2GP1複合体抗体 - IgG抗体		(U/mL)
	プロトロンビン抗体 aPS/PT - IgG抗体		(U/mL)
	プロトロンビン抗体 aPS/PT - IgM抗体		(U/mL)
凝固機能	APTT		sec
	PT		
	第XII凝固因子活性		%
	プロテインC活性		%
	プロテインS活性		%

染色体検査	採血（西暦）年/月/日	染色体
妻		
夫(パートナー)		

今までうけた不育治療についてお聞かせください(選択)

バイアスピリン	ヘパリン
その他 ()	