

## 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、診察以外に使用することはありません  
診察を正確に行わさ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	姓		名	
氏名(姓・名)				

生年月日(西暦)		年		月		日	年齢		歳
----------	--	---	--	---	--	---	----	--	---

職業		勤務地	
		<small>※都道府県/市区までご記入ください</small>	

携帯電話番号	
--------	--

メールアドレス	
---------	--

自宅住所	〒	

※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか	はい	いいえ
--------------------------	----	-----

自宅電話番号	
--------	--

※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	はい	いいえ
----------------------------------	----	-----

#### 【夫(パートナー)】

フリガナ	姓		名	
氏名(姓・名)				

生年月日(西暦)		年		月		日	年齢		歳
----------	--	---	--	---	--	---	----	--	---

身長(整数)		cm	体重(整数)		kg
--------	--	----	--------	--	----

血液型		型	(Rh: )
-----	--	---	--------

職業		携帯電話番号	
----	--	--------	--

メールアドレス	
---------	--

自宅住所	〒	

※お住まいが別の方は  
ご記入ください

※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか	はい	いいえ
--------------------------	----	-----

# 1 女性初診時間診票

当院説明会受講について

一般不妊

済 ・ 未

体外受精

済 ・ 未

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	院長パーソナルサイト	Google・Yahoo!検索
雑誌/本	YouTube	その他 *

\*マークがあるものを選択された方は(医療機関名・医師名、紹介者名など)をご記入ください

--

当院で希望する治療内容(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ご記入ください

--

ご自身について

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: )

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

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  日間継続

その前の月経開始日はいつですか  年  月  日より出血  日間継続

月経は何日型ですか(順・不順か選択ください)  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 最长で  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

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)

「初婚」はいつからですか  年  月  日 結婚年齢  歳

「離婚」時期(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

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

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」の方は詳細をご記入ください

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」に詳細をご記入ください

### 3 女性初診時間診票

#### 現状歴、既往歴、家族歴について

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」の方は詳細をご記入ください

	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」の方は詳細をご記入ください

高血圧  歳

服用中の薬剤名:

糖尿病  歳

服用中の薬剤名:

喘息  歳

服用中の薬剤名:

甲状腺疾患  歳

甲状腺機能亢進症(バセドウ病) 甲状腺機能低下症(橋本病)

服用中の薬剤名:

その他病歴

歳

病名:

服用中の薬剤名:

歳

病名:

服用中の薬剤名:

手術を受けた経験はありますか

はい いいえ

－ 「はい」の方は詳細をご記入ください

歳

病名:

歳

病名:

歳

病名:

下記サプリメントで内服しているものがありましたら、内服量をご記入ください

サプリメント名	量
ビタミンD ( $\mu\text{g}$ 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"/> $\mu\text{g}$
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、続柄をご記入ください

脳梗塞

高血圧

心筋梗塞

糖尿病

狭心症

癌

肺塞栓症

肉腫

深部静脈血栓症

## 4 治療歴・検査結果

### 不妊治療・検査歴について

	検査歴		検査(西暦)年/月/日		結果		異常の場合、詳細をご記入ください
	あり	なし			正常	異常	
フーナー検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子宮卵管造影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子宮鏡検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
精液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
抗精子抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
風疹抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
クラミジア抗原検査(PCR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
クラミジア抗体検査(血液)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子宮頸がん検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
不育症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「あり」の方は「不育検査」に詳細をご記入ください				

今までに不妊治療を受けたことがありますか あり なし 施設名

— 「あり」の方、どのような治療を受けたことがありますか

タイミング法 回  
 人工授精 回  
 採卵 回  
 胚移植 回  
 TESE 回

採卵、胚移植を受けたことがある方は下記にお答えください

— 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

### 採血結果について(最新の検査結果)

#### 【ご本人】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (RPR)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)

#### 【夫(パートナー)】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (RPR)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)

#### 【ご本人】

	採血(西暦)年/月/日	結果
AMH	<input type="text"/>	(ng/mL)
プロラクチン	<input type="text"/>	(*10 <sup>4</sup> /μL)
FT4	<input type="text"/>	(ng/dL)
TSH	<input type="text"/>	(μIU/mL)
TPO抗体	<input type="text"/>	(IU/mL)

	採血(西暦)年/月/日	結果
銅	<input type="text"/>	(μg/dL)
亜鉛	<input type="text"/>	(μg/dL)
DHEA-S	<input type="text"/>	(μg/dL)
テストステロン	<input type="text"/>	(ng/mL)
25OHビタミンD	<input type="text"/>	(ng/mL)



## 6 ART歴②・妊娠歴

### 凍結胚移植について

	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	2019/5	〇〇〇クリニック	ホルモン補充	エストラーナ、ルトラール	1	4BA	ICSI	SEET法	(+)	130	1	心拍確認後8週流産
例2	2019/8	×××クリニック	自然	フェマラX3、HMG富士150、アセ	1	8G1	IVF	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

	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1	2010/08	37	帝王切開	女	3000g	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
体外受精/顕微授精	その他(	)

## 7 不育検査

### 不育症検査結果について

		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		( $\mu$ 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- $\beta$ 2GP1複合体抗体 - IgG抗体		(U/mL)
	プロロンビン抗体 aPS/PT - IgG抗体		(U/mL)
プロロンビン抗体 aPS/PT - IgM抗体		(U/mL)	
凝固機能	APTT		sec
	PT		
	第Ⅶ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)		

### 今までにうけた不育治療について(選択)

バイアスピリン	ヘパリン	
その他(		)



## 男性初診問診票

## 《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、診察以外に使用することはありません  
診察を正確に行わさ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

## 1 基本情報

【ご本人】

※全て必須※

フリガナ	姓		名						
氏名(姓・名)									
生年月日(西暦)		年		月		日	年齢		歳
職業		勤務地							
			※都道府県/市区までご記入ください						
住所	( 〒 - )								
携帯電話番号							はい	いいえ	
自宅電話番号							はい	いいえ	
メールアドレス									

奥様は当院をすでに受診されていますか

はい いいえ

【妻(パートナー)】

ID  ※奥様が先に受診されている場合は、診察券番号もご記入ください

フリガナ	姓		名						
氏名(姓・名)									
生年月日(西暦)		年		月		日	年齢		歳
職業									

## 2 男性問診票

### 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	院長パーソナルサイト	Google・Yahoo!検索
雑誌/本	YouTube	その他*

\*マークがあるものを選択された方は(医療機関名・医師名、紹介者名など)をご記入ください

### 当院で希望する治療内容(選択)

検査	タイミング法	人工授精
体外受精/顕微授精	精子凍結	セカンドオピニオン
その他( )		

### ご自身のことについて

身長(整数)

 cm

体重(整数)

 kg

BMI

出身地

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

日常生活で以下の物質や環境に接することがありますか(過去も含)

鉛	亜鉛	ヒ素	一酸化炭素	カドミウム	有機溶剤
高温環境	低温環境	放射能	酸素不足状態		

睡眠は良好ですか

 普通  悪い

ヒゲを剃る頻度について

 毎日剃る  回/週剃る  ほとんど剃らない

初めて陰毛が生え、声変わりしたのはいつですか

 歳  不明

初めて射精(夢精)したのはいつですか

 歳  不明

勃起はしますか

 する  にくい  全くしない

射精しますか

 する  にくい  全くしない

射精の頻度

 回/週射精する  月に1~2回  ほとんどしない

## ご自身のことについて(続き)

現在の排尿状況について	<input type="text"/> 回/1日	夜間排尿回数	<input type="text"/> 回
尿の勢い	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
残尿感	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
尿意があるのに出にくい	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
トイレに間に合わない	<input type="text"/> あり	<input type="text"/> なし	
便通は良好ですか	<input type="text"/> 普通	<input type="text"/> 悪い	

## 3 婚姻歴と性生活について

ご結婚されていますか	<input type="text"/> はい(初婚 再婚) <input type="text"/> いいえ(離婚 事実婚 婚約 独身)			
ご結婚してからの年数は	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> ヶ月	結婚年齢	<input type="text"/> 歳
現在のご結婚で避妊されていた場合の期間	<input type="text"/> 年	<input type="text"/> ヶ月		
現在の奥様との間にお子さまは	<input type="text"/> あり(	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 歳)	<input type="text"/> なし
現在の奥様以外との間にお子さまは	<input type="text"/> あり(	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 歳)	<input type="text"/> なし
奥様は流産や死産をしたことはありますか	<input type="text"/> あり(流産:	<input type="text"/> 回、死産:	<input type="text"/> 回)	<input type="text"/> なし
性交渉に支障がありますか	<input type="text"/> はい <input type="text"/> いいえ			

— 「はい」の方は詳細をご記入ください

性交渉の頻度	<input type="text"/> あり <input type="text"/> 全くなし				
— 性交渉の頻度「あり」の方	<input type="text"/> 週	<input type="text"/> 月	<input type="text"/> 年	あたりに	<input type="text"/> 回くらい
— 性交渉の頻度「全くなし」の方	<input type="text"/> 結婚当初から <input type="text"/> 数年前から		<input type="text"/> 年前から		

## 奥様について

過去にかかったおおきな病気はありますか	<input type="text"/> あり <input type="text"/> なし		
— 「あり」の方は詳細をご記入ください			
<input type="text"/> 歳	病名	:	<input type="text"/>
<input type="text"/> 歳	病名	:	<input type="text"/>

産婦人科への受診歴はありますか	<input type="text"/> あり <input type="text"/> なし	
— 「あり」の方は病院名、クリニック名をご記入ください		

異常はありましたか	<input type="text"/> あり <input type="text"/> なし	
— 「あり」の方は詳細をご記入ください		

#### 4 現状歴、既往歴、家族歴について

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」の方は詳細をご記入ください

原因物質	症状
①	
②	
③	
④	

#### 既往歴について

生まれてから今までにかかった病気、治療に をつけその時の年齢もご記入ください

39℃以上の熱が出たことがありますか

あり	なし
----	----

睾丸を打って腫れたことがありますか

あり	なし
----	----

<input type="checkbox"/> 停溜睾丸の手術	右 左 両方	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> B型肝炎・C型肝炎	<input type="text"/> 歳
<input type="checkbox"/> 陰嚢水腫の手術	右 左 両方	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 精巣上体炎	<input type="text"/> 歳
<input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニアの手術	右 左 両方	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 肝機能障害	<input type="text"/> 歳
<input type="checkbox"/> 睾丸の外傷	右 左 両方	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="text"/> 歳
<input type="checkbox"/> 精巣腫瘍	<input type="text"/> 歳		<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="text"/> 歳
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="text"/> 歳	かかった時に睾丸が	<input type="text"/> 腫れた <input type="text"/> 腫れてない <input type="text"/> 不明	
<input type="checkbox"/> その他陰嚢部の病気、手術など	病名 :	<input type="text"/>		<input type="text"/> 歳
<input type="checkbox"/> パイプカット手術	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="text"/> 歳	
<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="text"/> 歳	
<input type="checkbox"/> 前立腺炎	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="text"/> 歳	
<input type="checkbox"/> クラミジア尿道炎	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・麻痺	<input type="text"/> 歳	
<input type="checkbox"/> 嗅覚異常	<input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="text"/> 歳	
<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="text"/> 歳			
<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療	<input type="text"/> 歳			

その他病気、手術などありましたら具体的にご記入ください

## ご家族について

あなたが生まれた時のご両親の年齢

父：  歳 母：  歳

兄弟姉妹は、あなた入れて何人ですか

計  人 男  / 女  あなたは  番目

兄弟姉妹の中で既婚で実子のいない方

あり(兄 弟 姉 妹)  なし

家族に遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか

あり  なし

— 「あり」の場合、詳しく(病名など)ご記入ください

## お薬・サプリメントについて

現在内服中のお薬がありましたら、○でチェックをしてください

抗ヒスタミン剤	胃薬	風邪薬	ステロイド剤(副腎皮質ホルモン)
プロペシア(脱毛治療剤)	( <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 )		
その他具体的にご記入ください( <input type="text"/> )			

現在内服中のサプリメントがありましたら、内服期間と量をご記入ください

サプリメント名	内服期間	量
マカ	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>
亜鉛	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>
ビタミンC	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>
ビタミンE	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>
その他( <input type="text"/> )	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>

## 5 治療歴・検査結果

今までに不妊症の検査をしましたか

あり  なし

不妊治療期間

年  月頃から(現在 /  年  月頃まで)

不妊治療歴

タイミング法

回

人工授精

回

採卵

回

胚移植

回

TESE

回

精液検査を受けたことがありますか

あり  なし

男性不妊として治療を受けたことがありますか

あり  なし

### 【ご本人】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (PRP)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)
血液型	A B O AB	(-) (+)

### 【妻(パートナー)】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	(-) (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	(-) (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (PRP)	<input type="text"/>	(-) (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	(-) (+)
血液型	A B O AB	(-) (+)