

女性初診問診票

《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

【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
※都道府県/市区までご記入ください

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 (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、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	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	
クラミジア抗原検査(PCR)	あり	なし			正常	異常	
クラミジア抗体検査(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 ⁴ /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		(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	(〒 -)								
	※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								
携帯電話番号									
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								
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 しにくい 全くしない

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

あり なし

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) (年 月 ~ 年 月)
 その他具体的にご記入ください()

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	年 月 ~ 年 月	
亜鉛	年 月 ~ 年 月	
ビタミンC	年 月 ~ 年 月	
ビタミンE	年 月 ~ 年 月	
その他()	年 月 ~ 年 月	

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

人工授精

採卵

胚移植

TESE

回

回

回

回

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】

【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	(-) (+)

	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	(-) (+)