

No. _____

診 療 録

20 年 月 日

ふりがな 氏名			ふりがな パートナー の氏名	No.
生年月日	S・H・R 年 月 日 才 (西暦 年)		生年月日	S・H・R 年 月 日 才 (西暦 年)
職 業			職 業	
現住所	〒 ー			
	クリニックからの郵便 (可・不可) ※アパート, マンション名まで詳細にお書きください			
自宅電話	() ー			クリニックからの連絡 (可・不可)
携帯電話 (本人)	ー	ー		クリニックからの連絡 (可・不可)
携帯電話 (パートナー)	ー	ー		クリニックからの連絡 (可・不可)

問診票

20 年 月 日

■ 下記の項目についてご記入下さい。

- 身長(cm) ・ 体重(kg) ・ 血圧(/ mmHg) ・ 心拍(回/分)
- 初潮年齢(才) ・ 最終月経(20 年 月 日から 日間) ・ 月経周期(日型)
- 婚姻年齢 法律婚 ・ 事実婚 (才)
- 不妊期間 (年 ヶ月) ・ 不妊治療歴 (ある ・ ない)

	検査・治療内容	医療機関名
年 月		
年 月		

- 既往歴(ある ・ ない)

糖尿病 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 肝炎 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患

性病() その他()

	病名	検査・治療内容	医療機関名
年 月			
年 月			

- 内服薬 (ある 薬品名: ・ ない)

- 手術歴 (ある ・ ない)

	病名	検査・治療内容	医療機関名
年 月			
年 月			

- 妊娠・出産歴 (ある ・ ない)

	どのように妊娠しましたか	妊娠 ・ 分娩の経過はどのようでしたか
年 月	自然 ・ タイミング法 人工授精 ・ 体外受精	妊娠 週 流産 (人工 ・ 自然) 分娩 (自然 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開)
年 月	自然 ・ タイミング法 人工授精 ・ 体外受精	妊娠 週 流産 (人工 ・ 自然) 分娩 (自然 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開)

- 子宮頸がん検査 受けた (20 年 月 日) ・ 受けていない

- クラミジア検査 受けた (20 年 月 日) ・ 受けていない

- アレルギー ある (薬品) (食品) ・ ない

- 喫煙 あり (本/日) ・ なし 飲酒 あり (ml/日) ・ なし

- 希望する治療内容 (検査のみ ・ タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精)

(特別養子縁組 ・ その他)

他院で体外受精を行ったことのある方はご記入ください。

回数	他院情報	排卵誘発方法	受精方法	個数	胚移植
【 】回 保険 ・ 自費	クリニック名 診察券番号 通院期間 20 年 月～ 20 年 月まで	アンタゴニスト法 ショート法 ロング法 クロミッド or フェマール プロゲステロン併用法 自然 その他	体外受精 (c-IVF) ・ 顕微授精 (ICSI) ・ c-IVF+ICSI	採卵個数 【 】個	新鮮胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
				凍結個数 【 】個	凍結融解胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
【 】回 保険 ・ 自費	クリニック名 診察券番号 通院期間 20 年 月～ 20 年 月まで	アンタゴニスト法 ショート法 ロング法 クロミッド or フェマール プロゲステロン併用法 自然 その他	体外受精 (c-IVF) ・ 顕微授精 (ICSI) ・ c-IVF+ICSI	採卵個数 【 】個	新鮮胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
				凍結個数 【 】個	凍結融解胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
【 】回 保険 ・ 自費	クリニック名 診察券番号 通院期間 20 年 月～ 20 年 月まで	アンタゴニスト法 ショート法 ロング法 クロミッド or フェマール プロゲステロン併用法 自然 その他	体外受精 (c-IVF) ・ 顕微授精 (ICSI) ・ c-IVF+ICSI	採卵個数 【 】個	新鮮胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
				凍結個数 【 】個	凍結融解胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回

※他院情報は当クリニックから問い合わせが必要になる場合がありますのでご記入ください。

診察券番号は、以前通院されていた病院・クリニックのものをご記入ください。

備考:

問診票 (男性用)

*本日の問診票は【 本人・パートナー 】が 20 年 月 日記載しました。
フリガナ フリガナ

氏名 _____ (パートナー氏名 _____)

生年月日 S ・ H ・ R 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____ TEL _____

身長 _____ c m 体重 _____ k g

以下の質問にお答えください。(この問診票は、当院の医療従事者以外の目に触れることはありません)

今までに下記の病気になって治療や手術を受けたことはありますか (○で囲んでください)

高血圧	脳梗塞	糖尿病	結核	腎疾患 ()	心疾患 ()
鼠径ヘルニア (手術をした _____ 歳)	おたふくかぜ (_____ 歳)				
精巣の疾患 ()	精神疾患 ()	内服治療中・完治 ()			
_____ 癌 (抗がん剤治療・放射線治療をした _____ 歳)	その他 ()				
育(発)毛剤の使用 (有・無)	胃潰瘍薬の内服 (有・無)				

内服中の薬はありますか ある (薬品名) ない

今までに薬でアレルギーを起こしたことがありますか ある (薬品名) ない

不妊治療に関連したことについてお尋ねします。

1 不妊治療には抵抗がありますか ある 少しある ない

2 どこまでの不妊治療を望みますか (○で囲んでください※複数可)

・タイミング治療 ・人工授精 ・体外受精・顕微授精
・特にない・よくわからない・医師に任せたい その他 ()

3 男性不妊症の治療を受けたことがありますか ある (病院名) ない

4 精液検査を受けたことがありますか ある ない

5 排尿時に痛み・違和感・尿の異臭・血尿などを感じたことがありますか
ある (症状) ない

6 性病にかかったことはありますか ある (病名) ない

7 性欲はありますか ある ない

8 勃起はしますか する 困難な時もある しない

9 性行為はだいたい1週間に 0回・1~2回・3回以上・その他 (月に 回)

10 膣内射精はできますか できる 困難な時もある できない
マスターベーションで射精はできますか できる 困難な時もある できない

11 タバコは吸いますか 吸う (1日に _____ 本) 吸わない

12 お酒は飲みますか 飲む (1日に _____ m l) 飲まない

その他になにかありましたら、下記にご記入ください。