

ID. \_\_\_\_\_

受付  ス  入  確  紹

ふりがな				西暦	年	月	日生
お名前		生年					日生
		月日					( 歳)
ご住所	〒	—					
	電話	( )	携帯	—	—		
上記以外の連絡先 ( )							

**★紹介状や検査データなどをお持ちの方は受付にお出し下さい**

**今日はどうされましたか？**

不妊	1. 不妊相談 (検査・治療)		2. 不育相談	
-----	3. プレコンセプションケア (妊娠前相談)			
婦人科	4. 生理不順	5. かゆみ・おりもの	6. お腹が痛い	7. 生理痛
	8. 子宮がん検診	9. 排尿痛・残尿感	10. 不正出血	11. 更年期障害
ピル	12. 性病検査	13. 子宮筋腫・内膜症	14. 避妊相談 (ピル以外)	
	15. 生理の移動	16. 低用量ピル	17. 緊急避妊	
妊娠他	18. 生理がない	市販テスト	月	日 ( + ・ — )
	↓	他院にて診察済み ( はい ・ いいえ )		
妊娠していたら? ( a. 産みたい b. 相談したい c. 今回はやむなく中絶する)				
その他	19. その他 (			

**生理について教えて下さい。**

一番最近の生理は

- 月 日から始まった
- ・生理の出血は約 ( ) 日間持続する
- ・周期 (生理初日から次の生理初日の前日までの日数) は
  - 順調 → ( ~ ) 日型
  - 不順 → 最短 ( ) 日 ~ 最長 ( ) 日
- 閉経している → ( ) 歳の時

**薬のアレルギーはありますか？**

- はい → 薬品名 ( )
- いいえ

**常用薬はありますか？**

- はい → 薬品名 ( )
- いいえ

**現在、結婚していますか？**

- はい → ( ) 歳で結婚した
- 予定がある → いつ ( ) 頃
- いいえ、結婚していない

**大きな病気をしたことがありますか？**

- はい → 病名 ( )
- いいえ

**妊娠・出産の経験はありますか？**

- なし
- あ
  - り 分娩 ( ) 回
  - 分娩場所 ( )
  - 自然流産 ( ) 回
  - 人工中絶 ( ) 回

**手術をしたことがありますか？**

- はい → 手術日 ( )
- 手術名 ( )
- いいえ

身長 ( ) cm、 体重 ( ) kg

**セックスの経験はありますか？**

- あり
- なし

**この病院を何でお知りになりましたか？**

- 1. 友人・知人の紹介
- 2. インターネット
- 3. SNS (デジタル広告)
- 4. 五の橋産婦人科
- 5. 駅の看板
- 6. その他 ( )

**婦人科の診察は初めてですか？**

- 初めて
- 受けたことがある

**ぜんそくはありますか？**

- あり
- なし



- 卵巣嚢腫や子宮筋腫を指摘されたことがある → いいえ はい
- 開腹手術を受けたことがある いいえ はい → 内容：( )
- 糖尿病を指摘されたことがある いいえ はい
- 甲状腺の病気を指摘されたことがある いいえ はい
- 膠原病やリウマチなどの自己免疫疾患を指摘されたことがある いいえ はい
- ホルモン剤・精神科の薬・胃潰瘍の薬などを飲んでいる いいえ はい  
はいの場合 → 現在飲んでいる薬の名前 ( )

## ■ 妊娠・出産経験について教えてください

- 今までに妊娠または出産したことがある なし あり（以下に記入して下さい。）

	妊娠結果	分娩様式	不妊治療	パートナー
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外
年 月	正常・早産・死産 子宮外妊娠・流産・中絶	経膈 帝切	治療あり 自然妊娠	現夫 それ以外

## ■ 今までの不妊検査について

今までに不妊について検査したことは なし あり（以下の当てはまるものに☑をつけて下さい）

- ホルモン検査（ 年 月） 子宮卵管造影（ 年 月）  
精液検査（ 年 月） フーナーテスト（ 年 月）  
抗精子抗体（ 年 月）

## ■ 今までの治療について

- 今までに不妊治療をしたことは なし あり（ありの場合以下に記入してください）  
 タイミング（自己< >回 病院< >回） 人工授精（ ）回  
 体外受精（ ）回 顕微授精（ ）回
- 排卵誘発剤を使用したことは なし あり（ありの場合以下に記入してください）  
飲み薬（ ）か月 注射（ ）か月

## ■ 以前に検査・治療を受けていた病院名を教えてください

( ) ( )

女性側の問診は以上です。ご協力有り難うございました。

ID \_\_\_\_\_

## 問診票（男性用）

ふりがな		生年 月日	西暦	年	月	日生 ( 歳)
お名前		ご職業				

### ■ 国籍について教えてください

日本 日本以外 → ( )

### ■ 以下について教えてください

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

- 生活習慣: 喫煙 なし あり → ( )本/日 過去に喫煙歴あり  
飲酒 なし あり → 種類 ( ) 量 ( ) /日
- ステロイド剤（内服）、育毛剤、精神科の薬を使ったことがありますか  
いいえ はい → 薬の名前 ( )
- その他現在服用中の薬やサプリがありますか  
いいえ はい → 薬の名前 ( )
- 以下の病気にかかったことがあれば をつけてください。  
結核 糖尿病 おたふくかぜ
- その他大きな病気をしたことがありますか  
いいえ はい → 病名 ( )
- 過去に別のパートナーとの間に結婚歴が ない ある  
ありの場合、過去のパートナーとの間に 子供がいる 子供がいない

### ■ 性機能について教えてください

- 性欲はありますか あり やや減退している ほとんどない 全くない
- 勃起しますか はい 勃起はするがすぐに萎縮する  
勃起力が弱く膣内への挿入は不可能である 全く勃起しない
- 射精しますか? はい いいえ
- 性行回数は 平均 ( ) 回 / (日・週・月・年)

男性側の問診は以上です。ご協力有り難うございました。