

# 問診票(生殖医療)

記入日: 年 月 日

フリガナ	生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日(満 歳)
妻:氏名 (ID )	職業	勤務形態 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 会社員・パート・自営業・医療従事者( ) その他( )
フリガナ	生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日(満 歳)
夫:氏名 (ID )	職業	勤務形態 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 会社員・パート・自営業・医療従事者( ) その他( )
電話番号: 自宅番号 — —	Eメール	@
携帯番号 — —	携帯番号(夫) — —	
〒 — フリガナ		
都道 府県	市区 町村	
緊急連絡先 様 続柄 ( )	電話番号: — —	

1) 結婚歴 未入籍 ・ 入籍済 (西暦) 年

2) 既往歴 今までに大きな病気や手術をしましたか。

妻) なし・あり	夫) なし・あり
病名: (西暦) 年 月 (西暦) 年 月	病名: (西暦) 年 月 (西暦) 年 月
治療内容:	治療内容:
手術時の麻酔トラブル なし・あり・わからない ありの方→( )	手術時の麻酔トラブル なし・あり・わからない ありの方→( )

3) 現在、服用中の薬

妻) なし・あり	夫) なし・あり
病名:	病名:
薬剤名:	薬剤名:

4) 副作用・アレルギー

局所麻酔(歯科麻酔)で副作用はありましたか。	なし	あり
ホルモン剤で副作用はありましたか。	なし	あり
アレルギーはありますか。「ありの方」→抗生剤・金属・ゴム・薬品(薬品名 食品( )・その他( )	なし	あり

5) 家族歴 家族の方で該当する場合は( )内に続柄をご記入ください。(例:父・母・姉・祖母など)

1.糖尿病 2.高血圧 3.心疾患 4.甲状腺疾患 5.膠原病 6.その他( ) 7.なし  
( ) ( ) ( ) ( ) ( )

6) 喫煙歴

妻) 喫煙歴 なし・あり (吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり( )本 × ( )年間  
夫) 喫煙歴 なし・あり (吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり( )本 × ( )年間

7) 当院で希望または検討している治療について (複数回答可)

1. 一般不妊治療 (タイミング指導) 2. 一般不妊治療 (人工授精) 3. 体外受精・顕微授精 4. 凍結融解胚移植

8) 月経について 初潮: \_\_\_\_\_ 歳 月経: 順調・不順 周期: \_\_\_\_\_ 日 (生理期間 \_\_\_\_\_ 日)

最終月経: (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ※最近の生理が始まった日をご記入ください。

9) 妊活期間 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

現在の性生活 1ヶ月の性生活の回数 ( \_\_\_\_\_ 回) 性交痛: なし・あり

(sexless などあればお書きください: \_\_\_\_\_)

10) 今までに行った検査・治療について ※検査結果がお手元にある方は来院時にお持ちください。

精液検査 (1ヶ月以内)	なし・あり	風疹ワクチン接種 (2ヶ月以内)	なし・あり
抗ミュラー管ホルモン AMH (1年以内)	なし・あり	甲状腺ホルモン (1ヶ月以内)	なし・あり
子宮卵管造影検査 (6ヶ月以内)	なし・あり	子宮鏡検査 (1年以内)	なし・あり
抗精子抗体検査 (1年以内)	なし・あり (異常なし・異常あり)		
抗リン脂質抗体検査/不育症 (1年以内)	なし・あり (異常なし・異常あり)		
感染症検査 (1年以内)	なし・あり (異常なし・異常あり)		
子宮がん検診 頸がん (1年以内)	なし・あり (異常なし・異常あり)		
体がん (1年以内)	なし・あり (異常なし・異常あり)		
乳がん検診 (1年以内)	なし・あり (異常なし・異常あり)		

該当する治療内容を○で囲み、期間等をご記入ください。

治療内容	治療期間	回数	施設名
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ~ 年 月	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ~ 年 月	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ~ 年 月	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ~ 年 月	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ~ 年 月	回	

11) 妊娠歴 なし・あり ※「あり」の方は下記にご記入ください。

	妊娠した年 (西暦)	年齢	不妊治療	妊娠経緯	妊娠経過			出産日 (西暦)	出産 体重	妊娠中の 合併症
					該当するものに○	週数	出産状況			
1	年	歳	有・無	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	年 月	g	なし・あり ( )
2	年	歳	有・無	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	年 月	g	なし・あり ( )
3	年	歳	有・無	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩・子宮外妊娠 ・流産・死産・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	年 月	g	なし・あり ( )

※ご記入いただいた内容は電子カルテに取り込み、用紙は個人情報保護法に基づき適切に処分致します。

# 食生活・生活習慣

記入日/20 年 月 日 名前: (ID: )

当クリニックの特長でもある「栄養療法」についてご希望する項目をお選びください。

1. 食事指導のみ
2. サプリメント併用
3. 分子整合医学検査・特殊検査
4. 今後検討の可能性あり
5. どれも希望しない

「はい」・「いいえ」のどちらかを「○」で囲んで下さい。

1	朝食を毎日摂っていますか？	はい	いいえ	
2	主食をなるべく玄米にしていますか？	はい	いいえ	
3	マーガリンやショートニングを含んだ菓子類(クッキー・菓子パン等)を好んで食べますか？	はい	いいえ	
4	保存料・香料・甘味料など添加物の多い食品を良く摂りますか？	はい	いいえ	
5	動物性食品(肉・卵・乳製品)や油料理(揚げ物など)を良く摂りますか？	はい	いいえ	
6	甘い菓子類、加糖飲料や果物を良く摂りますか？	はい	いいえ	
7	つつい食べ過ぎてしまうことがありますか？	はい	いいえ	
8	外食が多い方ですか？(週: 回程度)	はい	いいえ	
9	食べ物の好き嫌いが多い方ですか？	はい	いいえ	
10	副食に下記の食品群を摂取していますか？			
	●まめ: 納豆・豆腐・枝豆・大豆など	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
	●ごま: ごまを使った料理	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
	●わかめ: 海藻類	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
	●やさい: 旬の野菜	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
	●さかな: 青魚(イワシ・サバ・ニシン・ブリ・サケ等) 小魚・しらす・しじみなど	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
	●しいたけ: キノコ類	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
	●いも: イモ類	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
	●こうそ: 酵素のある生食・納豆や味噌	良く食べる	まあまあ食べる	ほとんど食べない
11	カフェインを良く摂りますか？(種類: 1日量: )	はい	いいえ	
12	お酒を良く飲みますか？(種類: 1日量: )	はい	いいえ	
13	喫煙しますか？(1日: 本 / 年数: 年)	はい	いいえ	
14	冷え症ですか？	はい	いいえ	
15	夫婦関係は良好ですか？	はい	いいえ	
16	ストレスを良く感じますか？	はい	いいえ	
17	疲れが取れないと感じることが多いですか？	はい	いいえ	
18	睡眠不足だと感じる事が多いですか？(1日平均: 時間睡眠)	はい	いいえ	
19	PCやスマートフォンなどの電子端末の使用は1日3時間以上ですか？	はい	いいえ	
20	適度な運動(週2、3回 1日30分程度)をしていますか？	はい	いいえ	