

問診票（女性用）①

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 西暦 年 月 日 () 歳 血液型 () Rh()
〒 住所	連絡先
▪ 身長 () cm 体重 () kg	▪ 職業 ()
▪ 喫煙 無・有 1日 () 本	夜勤：無・有 出張：無・有
▪ 薬剤アレルギー 無・有 ()	
▪ 食物アレルギー 無・有 ()	



● 婚姻関係について当てはまるものに○をつけ記入をしてください。

▪ 既婚 入籍：西暦()年()月	▪ 未婚 入籍予定： 無・有(年 月 予定)
▪ 再婚 前の婚姻：()歳～()歳	▪ 事実婚 同居： 無・有 住民票：同一・別
▪ 妊活期間 約()年()ヶ月	

※未入籍の方は別途提出書類がありますのでホームページでご確認ください。

● 性生活について

▪ 性交渉の回数 1ヶ月に()回
▪ 性交渉に伴う問題点 なし・あり 性交痛・勃起不全・射出困難・日程調整が困難・その他()

● 月経について

▪ 初潮()歳	▪ 最終月経 ()月()日～	▪ 出産後の方 産後初回の月経開始日()月()日～
▪ 月経周期 通常()日周期 短い時()日周期 長い時()日周期	順調・ほぼ順調・不順	
▪ 月経量 少ない・普通・多い	→ 血の塊がでることがあるか : ない・時々出る・いつも出る	
▪ 月経痛 なし・あり → 鎮痛剤 :	のまない・時々のみ・いつものみ 鎮痛剤名()	
▪ 帯下(おりもの)について気になること	なし・あり → におい・色・その他()	

※月経周期は前回の月経開始日から次回の月経開始前日までの日数です。

● これまで下記の病気にかかったことはありますか？あれば病名と治療・内服状況を記入してください。

▪ 乳腺疾患	・いつから(西暦 年 月頃)	・手術 未・済 (西暦 年 月)	・手術をした病院()
▪ 子宮筋腫	・いつから(西暦 年 月頃)	・手術 未・済 (西暦 年 月 腹腔鏡・開腹)	・手術をした病院()
▪ 子宮内膜症	・いつから(西暦 年 月頃)	・手術 未・済 (西暦 年 月 腹腔鏡・開腹)	・手術をした病院()
▪ 卵巣腫瘍 (病名:)	・いつから(西暦 年 月頃)	・手術 未・済 (西暦 年 月 腹腔鏡・開腹)	・手術をした病院()
▪ 子宮頸がん・体がん・異形成	・いつから(西暦 年 月頃)	・治療・検査を受けている病院()	・現在の状況()
▪ 甲状腺疾患 精神科・心療内科 喘息 緑内障 免疫疾患 心疾患 高血圧 糖尿病 消化器疾患 肝疾患 脳神経・血管疾患 その他 など			

● 相談内容に○をし、スタッフに伝えたい事があればご記入ください

▪ 不妊治療・不育検査・その他(下記に記入してください)

問診票（女性用）②

● **妊娠歴**：なし・あり ありの方は当てはまるものに○と記入してください。

妊娠した時期	妊娠の経緯	妊娠の経過	出産方法	出産月	妊娠中の合併症
西暦 年 月	・自然妊娠 ・不妊治療 (方法：)	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶 (手術等：)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由：)	年 月 ()g 男 ・ 女	無 ・ 有 ()
西暦 年 月	・自然妊娠 ・不妊治療 (方法：)	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶 (手術等：)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由：)	年 月 ()g 男 ・ 女	無 ・ 有 ()
西暦 年 月	・自然妊娠 ・不妊治療 (方法：)	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶 (手術等：)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由：)	年 月 ()g 男 ・ 女	無 ・ 有 ()
西暦 年 月	・自然妊娠 ・不妊治療 (方法：)	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶 (手術等：)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由：)	年 月 ()g 男 ・ 女	無 ・ 有 ()
西暦 年 月	・自然妊娠 ・不妊治療 (方法：)	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶 (手術等：)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由：)	年 月 ()g 男 ・ 女	無 ・ 有 ()
西暦 年 月	・自然妊娠 ・不妊治療 (方法：)	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶 (手術等：)	・経膈分娩 ・帝王切開 (理由：)	年 月 ()g 男 ・ 女	無 ・ 有 ()

人工妊娠中絶：無・有 () 回 (可能な範囲で記入してください)

※ 最後に出産してからの断乳日 ()年 ()月頃

● **他院での検査** なし・あり 現在までに受けた検査・治療をすべて記入をしてくださ(1人目の治療時も含む)

内容	実施状況	病院名	年月	結果	異常のあった項目・処方・処置 等
血液検査	あり なし		西暦 年 月	異常なし 異常あり	
卵管造影 通水検査 ↑ (実施した方へ○を)	あり なし		西暦 年 月	異常なし 異常あり	・つまっている → 右・左・左右 → 内視鏡手術 ・狭い → あり → ・卵管鏡 ・癒着がある → なし → ・腹腔鏡 ・腫れている
その他 ()			西暦 年 月	異常なし 異常あり	

● **他院での治療歴** なし・あり ありの方は当てはまるものに記入をしてください。

病院名	治療期間	内容		治療回数・使用薬剤（排卵誘発剤など）
西暦	年 月から 年 月まで	自然排卵タイミング法	あり なし	() 回くらい
西暦	年 月から 年 月まで	排卵誘発タイミング法	あり なし	() 回くらい 使用した薬剤名 ()
西暦	年 月から 年 月まで	人工授精	あり なし	() 回くらい

● **他院での体外受精・顕微授精歴** なし・あり ありの方は紹介状が必要です。
ありの方で保険で治療を行っていた場合、保険回数が記載された紹介状が必要です。

マイナ保険証の利用について
当院は診療情報提供を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
※今まで通り健康保険証でも受診いただけます。
マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい・いいえ

問診票（男性用）

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 西暦 年 月 日 () 歳 血液型 () Rh()
〒 住所	連絡先
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 身長 () cm 体重 () kg ▪ 喫煙 無・有 1日 () 本 ▪ 薬剤アレルギー 無・有 () ▪ 食物アレルギー 無・有 () 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 職業 () 夜勤：無・有 出張：無・有



※未入籍の方は、別途提出書類がありますのでホームページでご確認ください。

● 婚姻関係について当てはまるものに○をつけ記入をしてください。

- 既婚 入籍：西暦()年()月
- 未婚 入籍予定： 無・有()年()月予定)
- 再婚 前の婚姻：()歳～()歳
- 事実婚 同居： 無・有 住民票：同一・別
- ↳ 子 なし・あり()人

● 性生活について

- 性交渉の回数 1ヶ月に()回
- 性交渉に伴う問題点 なし・あり 性交痛・勃起不全・射出困難・日程調整が困難・その他()
- ↓
- 治療薬を使ったことがありますか なし・あり 効果 なし・あり
- 薬剤名()
- 病院名()

● これまでに精液検査や不妊治療を受けられたことはありますか。(前パートナー時も含む)なし・あり

病院名	年月	内容	結果	異常のあった項目・処方・処置 等
	西暦 年 月	・精液検査 ・精巣超音波検査 ・ホルモン採血	異常なし 異常あり	
	西暦 年 月	・精液検査 ・精巣超音波検査 ・ホルモン採血	異常なし 異常あり	
	西暦 年 月	・精液検査 ・精巣超音波検査 ・ホルモン採血	異常なし 異常あり	

- 上記以外に受けた検査や治療があればご記入ください。

● これまで下記の病気にかかったことはありますか？あれば病名と治療・内服状況を記入してください。

- 甲状腺疾患 精神科・心療内科 喘息 緑内障 免疫疾患 心疾患 高血圧 糖尿病 消化器疾患 肝疾患 脳神経・血管疾患 その他 など

● 相談内容やスタッフに伝えておきたい事があればご記入ください。

● 本日、精液検査を希望されますか？

希望する・希望しない



禁欲期間 () 日間 ※禁欲期間が2日以内の場合、正しい結果がでない場合があります。

当院は診療情報提供を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。※今まで通り健康保険証でも受診いただけます。

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい・いいえ