



リプロダクション部門 問診票 (女性用)

ID : _____ 記入日 : _____ 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 年齢	昭・平・令 年 月 日 歳
電話番号		
血液型 : _____ 型 Rh ()	身長 _____ cm	体重 _____ Kg
ご職業 :		_____ フルタイム ・ パート

当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するように努めております。必要に応じてお預かりした電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にお答えください。答えにくいものは無回答で構いません。

1) 当院のことは何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 知人から聞いて： <input type="checkbox"/> 他院から紹介されて(紹介状:あり・なし) 病院名: _____ <input type="checkbox"/> その他:			
2) 担当医師について <input type="checkbox"/> 女性医師希望 <input type="checkbox"/> 男性医師希望 <input type="checkbox"/> どちらでも良い			
3) ご希望内容について <input type="checkbox"/> 不妊相談 <input type="checkbox"/> 一般不妊検査 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 (タイミング指導・人工授精) <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> 反復着床不全検査 <input type="checkbox"/> プレコンセプションケア (妊娠前健診) <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 体外受精 (顕微授精も含む) → <input type="checkbox"/> まずは保険診療の範囲内での治療を希望する <input type="checkbox"/> 保険外 (自費) での治療も考えている・知りたい			
4) 結婚歴について <input type="checkbox"/> (_____ 年 _____ 月 _____ 歳) で結婚、現在(同居・別居) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 婚約中 離婚歴 (あり・なし)			
5) 既往歴について <input type="checkbox"/> 喘息 (最終発作 _____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 (_____) <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮内膜ポリープ <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> その他: 現在使用している薬やサプリメントはありますか (_____)			
6) 手術歴について			
年齢	病名	手術内容	経過
歳			完治・経過観察中
歳			完治・経過観察中
歳			完治・経過観察中

7) アレルギーの既往について； なし・あり
薬（ ） 麻酔薬（ ） アルコール
食物（ ） ラテックスゴム 金属 その他
→症状：（ ）

8) 生活習慣について
・喫煙→吸わない 吸う（ 本/日） 吸っていたことがある
・飲酒→飲まない 飲む（ 少・多 ）

9) 家族歴について；ご家族に下記の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか
遺伝病 糖尿病 がん：

10) がん検診について；下記のがん検診を受けたことはありますか
子宮頸がん検診 なし・あり→最後に受けたのは 年 月 （正常・異常）
乳がん検診 なし・あり→最後に受けたのは 年 月 （正常・異常）

11) 妊娠・分娩歴について

年月	週数	体重	性別	分娩様式	流産	中絶	その他
年 月	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	手術→有・無		
年 月	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	手術→有・無		
年 月	週	g	男・女	経膈分娩・帝王切開	手術→有・無		

化学流産	妊娠方法
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精

12) 月経について
最終月経： 年 月 日～ 日間 月経周期：順（ 日周期）・不順：（ 日～ 日）
初経： 歳 月経量：多 中 少 月経痛：強 中 弱

13) 不妊期間について
避妊せず妊娠しなかった期間： 年 か月 性交回数： 回/月
性交の経験について：あり・なし → 経膈超音波検査：できる・できない・わからない

14) 受けられたことのある検査について
※検査結果をお持ちの方はスキャンを取らせていただきますので問診表と一緒にご提出ください
クラミジア検査（正常・異常） 精液検査（正常・異常） 抗精子抗体検査（正常・異常）
ヒューナーテスト（正常・異常） AMH 検査 子宮鏡・腹腔鏡（正常・異常）
子宮卵管造影・通水(通気)検査（正常・異常）

15) これまで受けた治療について
タイミング 回（自然 回：排卵誘発 回） 人工授精（自然 回：排卵誘発 回）
体外受精・顕微授精：採卵 回 → 新鮮胚移植 回 凍結融解胚移植 回

ご協力ありがとうございます。

リプロダクション部門 問診票 (男性用)



ID :

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日 年齢	昭・平・令 年 月 日 歳
住所	別居の場合のみ		
電話番号			
身長	cm	体重	Kg 職業：

当院では、個人情報保護法に基づき、患者様の個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するように努めております。必要に応じてお預かりした電話番号に、お電話を差し上げることがあります。ご了承ください。

以下の質問にお答えください。答えにくいものは無回答で構いません。

1) ご希望内容について <input type="checkbox"/> 不妊相談 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精子 DFI/ORP 検査 <input type="checkbox"/> プレコンセプションケア (妊娠前健診) <input type="checkbox"/> その他：			
2) 結婚歴について <input type="checkbox"/> (年 月 歳) で結婚、現在(同居・別居) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 婚約中 離婚歴:なし・あり → 前妻との間に子どもは：なし・あり (人)			
3) 既往歴について <input type="checkbox"/> 喘息 (最終発作__年__月) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> その他の感染症 () <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (思春期以降) <input type="checkbox"/> その他 () 現在使用している薬・サプリメント・育毛剤 ()			
4) 手術歴について <input type="checkbox"/> 鼠経ヘルニア <input type="checkbox"/> 睾丸の手術 <input type="checkbox"/> パイプカット <input type="checkbox"/> その他の手術↓			
年齢	病名	手術内容	経過
歳			完治・経過観察中
5) アレルギーの既往について なし・あり ()			
6) 家族歴について；ご家族に下記の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか <input type="checkbox"/> 遺伝病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん ()			

裏へ続く

コシ産婦人科医院

7) 生活習慣について

- ・喫煙→吸わない 吸う（ 本/日） 吸っていたことがある
- ・飲酒→飲まない 飲む（少・多）

8) 性機能について

下記の不安はありますか

- 性欲がない 勃起しない 挿入できない 腔内射精できない
- 射精しない 射精感はあるが精液が出ない

性交回数： _____ 回/月 マスターベーション回数： _____ 回/月

精液検査を受けたことはありますか： なし・あり（正常・異常）

9) 診療へのご希望などあれば、ご記入ください。

ご協力ありがとうございます。