



来院日 年 月 日

女性用問診票

はなおかIVFクリニック品川

- ・個人情報※診療に必要な用途以外は使いません。緊急時などにご連絡が必要な場合もありますので、正確にご記入ください
●当院で治療を行う場合、住民票又は戸籍謄本を提示していただきますのでご協力をお願い申し上げます。

妻	ふりがな		携帯番号	
	お名前	【 歳】	生年月日	年 月 日
			血液型	型 Rh（プラス・マイナス・不明）
			ご職業・お勤め先等	
夫	ふりがな		携帯番号	
	お名前	【 歳】	生年月日	年 月 日
			血液型	型 Rh（プラス・マイナス・不明）
			ご職業・お勤め先等	
住所	〒			

【問診】

身長：	cm	体重：	kg
結婚年月日：	年 月	（結婚して 年）	
内縁・事実婚：	年 ～ 同居 無 ・ 有	（離婚歴がある場合：前の婚姻 歳 ～ 歳）	
子宮頸がん検査：	【最終検査日 年 月】	（結果：正常・異常）	・検査歴なし
風疹抗体はついていますか？	はい：ワクチン接種 年 月頃 ・ いいえ ・ 不明		
性交経験	無 ・ 有	（治療を行う場合、経膈エコーを行います）	
性交渉回数：	回/月	性交渉に伴う問題点：	無 ・ 有
お子様が欲しいと思い始めてからどのくらいですか？	年 ヶ月		
喫煙の習慣はありますか；	いいえ ・ はい	飲酒の習慣はありますか；	いいえ ・ はい

ご希望の診察内容にチェックしてください。

- ☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 卵子凍結 ☐ 不妊ドッグ
☐ 相談 → ☐ すぐ不妊治療開始したい ☐ 治療を考えており、まず相談したい ☐ 治療が必要か相談だけしたい

【相談したいこと：

【月経歴】

【 Day 】

一番最近の月経	年 月 日から 日間
月経周期	だいたい 日 （順 ・ 不順）【早いとき～遅いとき】（ ）から（ ）
月経について	月経量（少・普通・多） 月経痛（無・軽度・痛・激痛） 初経年齢： 歳
ピルの服用	無・有 ※服用中の方 使用開始日： 年 月 薬名：

【妊娠歴】 妊娠・出産歴のある方はご記入ください

妊娠歴（無 ・ 有）	妊娠 回	分娩 回	流産 回	中絶 回
年 月 日	正常分娩・異常分娩	自然妊娠・不妊治療	経膈・帝王切開	（流産 週 手術 有・無）
年 月 日	正常分娩・異常分娩	自然妊娠・不妊治療	経膈・帝王切開	（流産 週 手術 有・無）
年 月 日	正常分娩・異常分娩	自然妊娠・不妊治療	経膈・帝王切開	（流産 週 手術 有・無）
年 月 日	正常分娩・異常分娩	自然妊娠・不妊治療	経膈・帝王切開	（流産 週 手術 有・無）
出産状況や治療内容など、詳細があればお書きください				

【既往歴】（無・有 それぞれ○を付けて下さい）

婦人科の既往歴	無 ・ 有	病名：（ 年 月頃 ）
		手術・治療内容：（ 年 月頃 ）
婦人科以外の既往歴	無 ・ 有	糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 膠原病疾患 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 緑内障 ・ 血栓症
	無 ・ 有	アレルギー【 】
	★今までに「病気」「手術」をした事がある方や、「治療中の病名」「服用中の薬」等ありましたら下の欄にご記入下さい。	
	【病名、手術内容： 】	
	手術・治療時期： 年 月頃	
		【服用中の薬品名： 】
現在治療中の疾患	無 ・ 有	【病名： 】
感染症の既往歴	無 ・ 有	【治療歴： 年 月頃】 【 クラミジア ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV ・ その他（ ） 】

【不妊検査歴】

不妊検査歴 （無 ・ 有）		
通水・通気・造影	年 月頃	【異常なし・異常あり（詳細： ）】
精液検査	年 月頃	【異常なし・異常あり（詳細： ）】
腹腔鏡検査	年 月頃	【異常なし・異常あり（詳細： ）】
ホルモン検査	年 月頃	【異常なし・異常あり（詳細： ）】
フナーテスト	年 月頃	【異常なし・異常あり（詳細： ）】

【不妊治療歴】

タイミング	年 月頃 （ 回）	【誘発方法：クロミッド 回 ・セキシビット 回】
人工授精	年 月頃 （ 回）	【誘発方法：クロミッド 回 ・セキシビット 回】
体外受精 採卵	年 月～ 年 月頃 回 （保険： 回）	
	IVF 回 ICSI 回 服用した薬（ ） ・注射（ ）	
移植	年 月～ 年 月頃 回 （保険： 回）	
	新鮮胚移植 回 融解胚移植 回	
□良好胚がよくとれるが着床しない		□良好胚がよくとれない
□採卵しても卵子が入っていないことが多い		□移植しても着床しない
□胚盤胞まで育ちにくい		□受精しにくい
他院にて不妊治療歴のある方は、病院名を記入下さい 病院名【 】		

医師に伝えたい事がありましたらお書きください

【 】

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？	
☐ 医師からの紹介	【病院名： 】
☐ 友人からの紹介	【紹介者： 間柄 】
☐ HP	【 キーワード検索 ・ 不妊関連サイト ・ 事前に相談済 （ 月頃 ）】
☐ その他	【雑誌・ 看板・ しながわシティスポーツクラブ ・ Instagram 【その他： 】

当院は個人情報取得・活用により、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、マイナ保険証による診療情報提供に同意頂けますか？ 【はい・いいえ】