



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、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】	(原則、膣からの内診を行います)	
性交渉回数【	回/月】	性交渉に伴う問題点【	無・有】
不妊歴【	年 ヶ月】	(妊活を始めてからどのくらいですか?)	
喫煙の習慣【	無・有 (1日 本・	歳から)】	飲酒の習慣【無・有】

【本日の目的の、いずれかに✓をつけて下さい】

- ①目的 ☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 卵子凍結 ☐ その他【 】
②相談 ☐ すぐ治療開始したい ☐ 治療を考えており相談したい
☐ 相談のみ希望 ※自費診療になります (→相談次第では、治療・検査希望)

【相談内容： 】

【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】 ☐ 妊娠歴なし ☐ 妊娠歴あり ※妊娠・出産歴のある方はご記入ください

妊娠	回	分娩	回	流産	回	中絶	回
年 月 日	自然妊娠・不妊治療	正常分娩・異常分娩	経膣・帝王切開	(流産 週 手術 有・無)			
年 月 日	自然妊娠・不妊治療	正常分娩・異常分娩	経膣・帝王切開	(流産 週 手術 有・無)			
年 月 日	自然妊娠・不妊治療	正常分娩・異常分娩	経膣・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「現在治療中の病名」、「服用中の薬」「服用中のサプリメント」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、サプリメント： 】
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】 ☐ 検査歴なし ☐ 検査歴あり

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】 ☐ 治療歴なし ☐ 治療歴あり

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）
	I V F 回（ 年 月～ 年 月頃）	
	I C S I 回（ 年 月～ 年 月頃）	
	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 ☐ 採卵しても卵子が入っていないことが多い		☐ 良好胚がよくとれない ☐ 胚盤胞まで育ちににくい
☐ 受精しにくい ☐ 移植しても着床しない		
他院で不妊治療歴のある方は、病院名を記入下さい【 】		
他院で体外受精をされていた方 凍結胚は残っていますか？【 無 ・ 有（保険 個 ・ 自費 個） 】		

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 】