

問診表

H 年 月 日

お名前（ふりがな）

生年月日 昭・平 年 月 日 歳

ご住所 〒

ご自宅電話番号

携帯番号

ご職業

1. あなたの生理（月経）について

初潮は 歳

最近の生理（最終月経）はいつでしたか？ 月 日から 日間

生理は順調ですか？ はい いいえ

周期は ～ 日型

基礎体温はつけていますか？ はい いいえ

生理の量は 多い 以前から多い 最近多くなった 普通 少ない

生理痛はありますか？ ある 下腹部 腰痛 頭痛 鎮痛剤を飲む

時々ある ない

性交痛はありますか？ ある 時々ある ない

2. あなたの結婚・妊娠をご希望されてからの期間について

ご結婚 年 月 年 月頃入籍予定

お子さんをご希望されてからどれくらいの期間がありますか？ 年 ヶ月

今までに妊娠したことは？ ある ない

(妊娠されたことがある方は以下の質問にお答えください)

(ご出産)	(妊娠経過)	(分娩)	(ベビー)
年 月 (ヶ月)	正常・異常	自然・異常 (帝王切開)	g 健康・否
年 月 (ヶ月)	正常・異常	自然・異常 (帝王切開)	g 健康・否
自然流産	回 ()		
人工妊娠中絶	回 ()		

3. 今までに大きな病気や手術の経験がありますか？ あり なし

(病名・手術名) (病院名)

年 月

年 月

4.今までに不妊症の検査あるいは治療を受けられたことがありますか？ ない

ある 検査 卵管の通過性検査（子宮卵管造影検査、通水検査）

精液検査

ヒューナー検査

抗精子抗体検査

腹腔鏡検査

アンチミュラー管ホルモン検査

治療 タイミング指導（ 回）

漢方薬

人工授精 （ 回）

排卵誘発剤（使用薬剤がお判りになればお教え下さい）

（ ）

体外受精・胚移植 （ 回）

（以下の項目についてお判りになればお教え下さい）

（使用薬剤・刺激法）

（回収した卵子数）

（顕微授精）（受精した卵子数）

年	月	個	有・無	個
年	月	個	有・無	個
年	月	個	有・無	個
年	月	個	有・無	個
年	月	個	有・無	個
年	月	個	有・無	個
年	月	個	有・無	個

5.アレルギーについて

食べ物で蕁麻疹が出たことがある（食べ物 ）

内服薬や注射で蕁麻疹が出たりや気分が悪くなったことがある

薬剤名（ ）

喘息がある

花粉症がある

6.喫煙について あり（ 本/日） なし

7.家族の方で大きな病気の方はいらっしゃいますか？

（病名がわかればお教え下さい）

おわかりになればご記入ください

身長

cm

体重

kg

