

No. _____

診 療 録

20 年 月 日

ふりがな 氏名	_____		ふりがな パートナー の氏名	No.
	_____			_____
生年月日	S・H・R 年 月 日 才 (西暦 年)	生年月日	S・H・R 年 月 日 才 (西暦 年)	
職 業		職 業		
現住所	〒 _____ クリニックからの郵便 (可・不可) ※アパート, マンション名まで詳細にお書きください			
自宅電話	(_____) _____		クリニックからの連絡 (可・不可)	
携帯電話 (本人)	_____	_____	クリニックからの連絡 (可・不可)	
携帯電話 (パートナー)	_____	_____	クリニックからの連絡 (可・不可)	

問診票

20 年 月 日

■ 下記の項目についてご記入下さい。

- 身長(cm) ・ 体重(kg) ・ 血圧(/ mmHg) ・ 心拍(回/分)
- 初潮年齢(才) ・ 最終月経(20 年 月 日から 日間) ・ 月経周期(日型)
- 婚姻年齢 法律婚 ・ 事実婚 (才)
- 不妊期間 (年 ヶ月) ・ 不妊治療歴 (ある ・ ない)

	検査・治療内容	医療機関名
年 月		
年 月		

- 既往歴(ある ・ ない)

糖尿病 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 肝炎 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患

性病() その他()

	病名	検査・治療内容	医療機関名
年 月			
年 月			

- 内服薬 (ある 薬品名: ・ ない)

- 手術歴 (ある ・ ない)

	病名	検査・治療内容	医療機関名
年 月			
年 月			

- 妊娠・出産歴 (ある ・ ない)

	どのように妊娠しましたか	妊娠 ・ 分娩の経過はどのようでしたか
年 月	自然 ・ タイミング法 人工授精 ・ 体外受精	妊娠 週 流産 (人工 ・ 自然) 分娩 (自然 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開)
年 月	自然 ・ タイミング法 人工授精 ・ 体外受精	妊娠 週 流産 (人工 ・ 自然) 分娩 (自然 ・ 鉗子 ・ 吸引 ・ 帝王切開)

- 子宮頸がん検査 受けた (20 年 月 日) ・ 受けていない

- クラミジア検査 受けた (20 年 月 日) ・ 受けていない

- アレルギー ある (薬品) (食品) ・ ない

- 喫煙 あり (本/日) ・ なし 飲酒 あり (ml/日) ・ なし

- 希望する治療内容 (検査のみ ・ タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精)

(特別養子縁組 ・ その他)

他院で体外受精を行ったことのある方はご記入ください。

回数	他院情報	排卵誘発方法	受精方法	個数	胚移植
【 】回 保険 ・ 自費	クリニック名 診察券番号 通院期間 20 年 月～ 20 年 月まで	アンタゴニスト法 ショート法 ロング法 クロミッド or フェマーラ プロゲステロン併用法 自然 その他	体外受精 (c-IVF) ・ 顕微授精 (ICSI) ・ c-IVF+ICSI	採卵個数 【 】個	新鮮胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
				凍結個数 【 】個	凍結融解胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
【 】回 保険 ・ 自費	クリニック名 診察券番号 通院期間 20 年 月～ 20 年 月まで	アンタゴニスト法 ショート法 ロング法 クロミッド or フェマーラ プロゲステロン併用法 自然 その他	体外受精 (c-IVF) ・ 顕微授精 (ICSI) ・ c-IVF+ICSI	採卵個数 【 】個	新鮮胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
				凍結個数 【 】個	凍結融解胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
【 】回 保険 ・ 自費	クリニック名 診察券番号 通院期間 20 年 月～ 20 年 月まで	アンタゴニスト法 ショート法 ロング法 クロミッド or フェマーラ プロゲステロン併用法 自然 その他	体外受精 (c-IVF) ・ 顕微授精 (ICSI) ・ c-IVF+ICSI	採卵個数 【 】個	新鮮胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回
				凍結個数 【 】個	凍結融解胚 【 】回 保険 【 】回 自費 【 】回

※他院情報は当クリニックから問い合わせが必要になる場合がありますのでご記入ください。

診察券番号は、以前通院されていた病院・クリニックのものをご記入ください。

備考:

問診票（男性用）

以下の質問にお答えください（この問診票は、当院の医療従事者以外の目に触れることはありません）

- 1 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- 2 男性不妊の治療歴 ある（医療機関名： _____ ） ・ ない
- 3 既往歴 ある・ない 既往歴がある場合は検査・治療・手術内容もご記入ください
 高血圧 糖尿病 心疾患 脳血管疾患 腎疾患 結核 おたふくかぜ 喘息
 鼠経ヘルニア 精巣の疾患 精神科疾患 がん(_____) その他(_____)

	病名	検査・治療・手術内容	医療機関
年			
年			

- 4 内服薬 ある（薬品名： _____ ） ・ ない

- 5 アレルギー ある（薬品名： _____ 食品： _____ ） ・ ない

- 6 不妊治療に関連したことについてお尋ねします

・どこまでの不妊治療を望みますか（希望する不妊治療を○で囲んでください ※複数可）

検査のみ タイミング治療 人工授精 体外受精 顕微授精 特別養子縁組 医師に任せたい

・精液検査を受けたことがありますか ある ・ ない

・排尿時に痛み・違和感・尿の異臭・血尿などを感じたことがありますか

ある（症状 _____ ） ・ ない

・性病にかかったことはありますか ある（病名 _____ ） ・ ない

・性欲はありますか ある ・ ない

・勃起はしますか する ・ 困難な時もある ・ しない

・性行為の回数 毎日 ・ 週 _____ 回 ・ 月 _____ 回 ・ 0回

・膣内射精はできますか できる ・ 困難な時もある ・ できない

・マスターベーションで射精はできますか できる ・ 困難な時もある ・ できない

- 7 過去のパートナーの妊娠 ある ・ ない

- 8 生活習慣についてお尋ねします

・タバコ 吸う(_____ 本/日× _____ 年) 禁煙した(_____ 歳から禁煙： _____ 本/日× _____ 年) 吸わない

・お酒 毎日飲む(_____ 合/日× _____ 年) ・ 時々飲む ・ ほとんど飲まない(飲めない)

・育(発)毛剤 使用している（内服 / 外用 薬剤名： _____ ） ・ 使用していない

・睡眠状況 _____ 時間/日 熟眠感： ある ・ ない

・運動習慣 ある（ _____ 時間/日, _____ 回/週, 種類： _____ ） ・ ない

・食事状況 3食/日 2食/日 1食/日 不規則

・外食 毎日 ・ 週 _____ 回 ・ 月 _____ 回 ・ ほとんどなし

・プロテイン 飲む（商品名： _____ 頻度：毎日・3回以上/週・1~2回/週） ・ 飲まない

・サプリメント 飲む（商品名： _____ ） ・ 飲まない