

ご本人

フリガナ		生年月日	年	月	日
ご本人氏名					
住 所	〒				
電 話	携帯 () 自宅 ()				

パートナー

フリガナ		生年月日	年	月	日
パートナー氏名					
住 所	〒				
電 話	携帯 () 自宅 ()				

1. 下記の質問にお答え下さい

- ・身長、体重を教えてください (身長 cm ・ 体重 kg)
- ・あなたの月経周期について
最終月経 (年 月 日 ~ 日間)
月経周期 順調 (日型) ・ 不順
- ・いつご結婚されましたか (年 月 / 初婚 ・ 再婚)
- ・妊娠を希望されてどれくらいですか (年 ヶ月)
- ・子宮頸癌検査を受けたことがありますか (いいえ ・ はい (年 月 / 異常なし ・ 異常あり))

2. 妊娠歴についてお答え下さい

	年 月	週 数	中絶・流産	ご出産	児の性別・体重	出産した病院	妊娠の経過
1	年 月	週 日	中絶・流産 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 帝王切開	男 ・ 女 g		
2	年 月	週 日	中絶・流産 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 帝王切開	男 ・ 女 g		
3	年 月	週 日	中絶・流産 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 帝王切開	男 ・ 女 g		
4	年 月	週 日	中絶・流産 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 帝王切開	男 ・ 女 g		
5	年 月	週 日	中絶・流産 胎嚢(あり・なし) 心拍(あり・なし)	正常分娩 吸引分娩 帝王切開	男 ・ 女 g		

おおたかの森 ART クリニック 初診問診票

3. 今までにかかった病気についてお答えください

- ①婦人科の病気 : () () 才のとき
②甲状腺の病気 : () () 才のとき
③その他の病気 : () () 才のとき
④心療内科・精神科にかかったことがありますか いいえ ・ はい (病名:)
⑤現在他科にかかっていますか いいえ ・ はい ()
⑥現在内服中のお薬はありますか いいえ ・ はい ()
⑦手術を受けたことがありますか いいえ ・ はい ()
⑧風疹にかかったことがありますか いいえ ・ はい () ・ 不明
⑨風疹ワクチンを接種したことがありますか いいえ ・ はい (歳頃) ・ 不明
⑩食物・薬などのアレルギーはありますか いいえ ・ はい ()
⑪喘息はありますか いいえ ・ はい ・ 以前はあった
⑫タバコを吸いますか いいえ ・ はい (1日 本位)
⑬ご家族に高血圧の方はいますか いいえ ・ はい (祖父・祖母・父・母・兄弟・ご主人)
⑭ご家族に糖尿病の方はいますか いいえ ・ はい (祖父・祖母・父・母・兄弟・ご主人)

4. 不妊治療についてご質問します

- ・不妊治療を受けたことはありますか
はい ・ いいえ

→ はいとお答えの方

治療病院名 ()

- ・どのような検査を受けましたか

ホルモン採血 (年 月 異常なし・あり) 子宮卵管造影 (年 月 異常なし・あり)
通水検査 (年 月 異常なし・あり) クラミジア検査 (年 月 異常なし・あり)
抗精子抗体検査 (年 月 異常なし・あり) フーナーテスト (年 月 異常なし・あり)
抗ミュラー管ホルモン検査 (年 月 異常なし・あり)
精液検査 (年 月 異常なし・あり)

- ・下記の治療を受けたことがありますか

タイミング指導 (回) 人工授精 (回) 体外・顕微授精 (回)
排卵誘発剤を使用したことはありますか? いいえ ・ はい (薬剤名:)

5. 本日の受診目的は何ですか

不妊の相談 ・ タイミング指導 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ プライダルチェック ・ 子宮癌検診

6. 当院をどのようにお知りになりましたか?

ホームページ ・ 折り込みチラシ ・ 雑誌広告 ・ 紹介 (紹介者のお名前:)
その他 ()

ありがとうございました