

問診票

医療法人 昴会 岡本クリニック

フリガナ 氏名	生年月日 <西暦・昭和・平成> 年 月 日生 才	職業
フリガナ ご主人氏名	生年月日 <西暦・昭和・平成> 年 月 日生 才	職業
住所 〒	(マンション名:)	紹介者
電話番号		
緊急連絡先	ご主人・パートナー・ご実家・その他()	

1)どのような治療をご希望されますか？

一般不妊治療・人工授精・体外受精・顕微授精

2)月経について

・周期 順調 ()日型・不順 ()ヶ月に ()回)

・最終月経()年 ()月 ()日より ()日間)

・月経の異常や気になる事があれば記入して下さい。

長びく・多い・少ない・痛む・その他()

3)結婚・妊娠について

・未婚・結婚予定()年 ()月予定)・既婚()年 ()月結婚)

・避妊期間 なし・あり()年 ()ヶ月)・妊娠を望まれてから ()年 ()ヶ月)

妊娠・分娩をされた事のある方はご記入下さい。

・妊娠 計 ()回 分娩 ()回 ()年 ()月・ ()年 ()月・ ()

流産 ()回 ()年 ()月・ ()年 ()月・ ()

人工妊娠中絶 ()回 ()年 ()月・ ()年 ()月・ ()

子宮外妊娠 ()回 ()年 ()月・ ()年 ()月・ ()

4)現在治療中または今までにかかった病気、入院・手術経験があれば記入して下さい。

ご本人 なし・あり ()

ご主人 なし・あり ()

5)現在服用中の薬・サプリメント等があれば記入して下さい。

()

6)ご両親・ご兄弟・祖父母の既往歴について該当する項目に✓をつけて下さい。

奥様側 糖尿病 甲状腺疾患 膠原病 高脂血症 高血圧 特になし

ご主人側 糖尿病 甲状腺疾患 膠原病 高脂血症 高血圧 特になし

7)薬剤・食物などのアレルギーの有無 なし・あり ()

8)喫煙の有無 なし・過去にあり・あり()本/日× ()年)

9)飲酒の有無 なし・たまに飲む・あり(内容・量:) /日× ()年)

10)感染症の有無 ご本人 なし・あり() ご主人 なし・あり()

11)基礎体温測定 なし・あり (手書き・アプリ)

ルナルナアプリをご利用の方は6ケタの番号 _____

12)身長 ()cm 体重 ()kg

13)子宮頸ガン検診を希望しますか？ 希望する・希望しない・診察時に決めます

*1年以内に検診をした方はご記入下さい→()年 ()月 異常 なし・あり)

《検査・治療等について、ご自身でわかる範囲でご記入下さい。》

1) 不妊症の検査・治療を受けた事がありますか？ はい・いいえ

	検査時期	内容・結果等	施設名
・血液検査	未・あり (年 月) () ()		
・フーナーテスト	未・あり (年 月) () ()		
・子宮卵管造影	未・あり (年 月) () ()		
・その他の検査	(年 月) () ()		

	期間または回数	内容・結果等	施設名
・タイミング法	未・あり () () ()		
・内服・注射薬	未・あり () () ()		
・人工授精	未・あり () () ()		
・その他の治療	() () ()		

3) 体外受精・顕微授精(年から 回)

年 月	薬・注射薬の内容	採卵数	受精数	胚移植数	結果	施設名

4) ご主人様→不妊症の検査・治療を受けた事がありますか？ はい・いいえ

・当クリニックへの来院歴	なし・あり(年 月頃)		
	検査時期	内容・結果等	施設名
・精液検査	未・あり (年 月) () ()		
・血液検査	未・あり (年 月) () ()		
	期間または回数	内容・結果等	施設名
・内服・注射薬	未・あり () () ()		
・詳しい検査・治療	□精索静脈瘤 ・ □精巣生検 ・ □精巣精子採取術		
・その他検査・治療	()		

5) 当クリニックへ来院されたきっかけは何ですか？(複数回答可)

ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 他院からの紹介())
家から近い ・ 看板 ・ 雑誌 ・ ドクターズファイル ・ その他()	
→メール相談歴 あり(年 月頃相談) ・ なし	
→電話相談歴 あり(年 月頃相談) ・ なし	