



* 問診担当者 _____

問 診 票

ID _____ * 当院使用欄 _____ 記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				フリガナ					
氏名				ご主人 (パートナー) 氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日(歳)	生年月日	昭和・平成	年	月	日(歳)
	(西暦	年)				(西暦	年)		
職業	* 差し支えなければご記入ください			職業	* 差し支えなければご記入ください				
勤務先	* 差し支えなければご記入ください			勤務先	* 差し支えなければご記入ください				
身長	cm	体重	kg	身長	cm	体重	kg		
血液型	型Rh (+・-・不明)			血液型	型Rh (+・-・不明)				
携帯番号				携帯番号					
緊急時連絡先(続柄))			- -					
住所	〒 (-)			固定電話					
* クリニック名の入ったお手紙を出してもよろしいですか? はい ・ いいえ									

* ご記入いただいた内容は電子カルテに取り込み、用紙は個人情報保護法に基づき適切に処分致します。

1. 受診の目的についてお答えください。

① 不妊治療希望 * 当クリニックで希望される診療をお選びください。(複数回答可)

(1) 一般不妊治療 (2) 人工授精 (3) 体外受精 (4) 顕微授精 (5) 凍結解凍胚移植

② その他 ()

③ 当院は外来部門のみで、入院施設が無い事をご存知ですか?

はい ・ いいえ

2. 月経についてお答えください。

① 最終月経はいつですか?

月 日 ~ 月 日 日間

② 月経は何歳から始まりましたか?

歳

③ 月経は順調ですか?

順調 ・ 不順

④ 月経周期は何日型ですか?

日型

⑤ 月経は何日続きますか?

日

⑥ 経血量はどう感じますか?

多い ・ 普通 ・ 少ない

⑦ 月経痛はありますか?

ひどい(薬使用あり・なし) ・ 少しある(薬使用あり・なし) ・ 無し

3. 結婚歴についてお答えください。

① 該当する箇所に○を付けてください。

既婚(入籍年齢 歳 / 西暦 年 月) ・ 未婚 ・ 事実婚

婚約中(入籍予定 西暦 年 月 ・ 未定) ・ 離婚歴あり(西暦 年 月)

4. 未婚の方はお答えください。

① 性交渉の経験はありますか?

はい ・ いいえ



ID

* 当院使用欄

4. 妊娠歴についてお答えください。

①妊娠したことはありますか？ はい ・ いいえ *はいの方は下記の表にご記入ください。

	妊娠した年 (西暦)	年齢	不妊治療	妊娠経緯	妊娠経過			出産 体重	性別	特記事項
					該当に○を付けてください	週数	出産状況			
1	年	歳	有・無	自然 人工授精 体外受精	分娩・子宮外妊娠・流産 (化学流産・胎嚢まで まで) 絶・早産・死産	・心拍 中	週	経腔 帝王切開	g	男・女 妊娠中： 出産後：健・否 児の異常：
2	年	歳	有・無	自然 人工授精 体外受精	分娩・子宮外妊娠・流産 (化学流産・胎嚢まで まで) 絶・早産・死産	・心拍 中	週	経腔 帝王切開	g	男・女 妊娠中： 出産後：健・否 児の異常：
3	年	歳	有・無	自然 人工授精 体外受精	分娩・子宮外妊娠・流産 (化学流産・胎嚢まで まで) 絶・早産・死産	・心拍 中	週	経腔 帝王切開	g	男・女 妊娠中： 出産後：健・否 児の異常：

5. アレルギーに関してお答えください。

①喘息はありますか？	はい	いいえ
②花粉症はありますか？	はい	いいえ
③アトピー性皮膚炎はありますか？	はい	いいえ
④局所麻酔（歯科麻酔）で何か副作用はありましたか？	はい	いいえ
⑤抗生剤で何か副作用はありましたか？	はい	いいえ
はいの方は薬の名前をお書きください。（ ）		
⑥抗生剤以外の薬でアレルギーはありましたか？	はい	いいえ
はいの方は薬の名前をお書きください。（ ）		
⑦食物アレルギーと言われたことはありますか？	はい	いいえ
はいの方は食物の名前をお書きください。（ ）		
⑧大豆・豆腐・卵のアレルギーがありますか？	はい	いいえ
⑨上記以外のアレルギーがありましたらお書きください。（ ）		

6. 既往歴についてお答えください。

①今まで何か病気をしたことがありますか？

特に、心臓、肝臓、高血圧、糖尿病、腎臓、甲状腺、精神病、結核、血液凝固阻害など

はい ・ いいえ *はいの方は下記に病名をお書きください。

（病名： ）

②今まで手術をしたことがありますか？（婦人科以外も含めて全てご記入ください）

妻	はい	・	いいえ	夫	はい	・	いいえ
病名：	西暦	年	月	病名：	西暦	年	月
手術名：	年齢	歳		手術名：	年齢	歳	
治療				治療：			
病名：	西暦	年	月	病名：	西暦	年	月
手術名：	年齢	歳		手術名：	年齢	歳	
治療				治療：			



ID _____ *当院使用欄

③手術の時、麻酔トラブルはありましたか？ はい ・ いいえ ・ わからない
ありの方はどのようなトラブルでしたか？ (_____)

④現在服用中のお薬はありますか？

妻 あり ・ なし	夫 あり ・ なし
病名またはお薬名	病名またはお薬名

7. 子宮がん検診についてお答えください。

①子宮がん検診はされていますか？
いいえ（無い方） ご自身で会社もしくは区市町村の健診を受けますか？ はい ・ いいえ
はい（ある方） _____ 年 _____ 月頃受診 結果：問題なし ・ 要治療 ・ 経過観察中

8. 喫煙についてお答えください。

①今まで喫煙したことはありますか？ はい ・ いいえ
ありの方は（吸っていた・今も吸う習慣がある） 1日あたり（ _____ ）本×（ _____ ）年間

9. 飲酒についてお答えください。

①飲酒はしますか？ はい ・ いいえ
はいの方はご記入ください。 1週間に（ _____ ）回（ _____ ）を（ _____ ml・本）くらい

10. 家族歴についてお答えください。

①血の繋がった3親等以内の家族の方で、ご病気の方はいらっしゃいますか？ はい ・ いいえ
（糖尿病、高血圧、心疾患、甲状腺疾患、膠原病、その他） *結婚相手およびその親族は血縁関係にないので含みません。

	あなたとの関係（続柄）	診断名（病名）
1		
2		
3		

11. 感染症について、あてはまるものに○をつけてください。

妻) ①罹患中もしくはキャリアである（B型肝炎・C型肝炎・HIV・HTLV-1・梅毒） ②感染していない ③不明
夫) ②罹患中もしくはキャリアである（B型肝炎・C型肝炎・HIV・HTLV-1・梅毒） ②感染していない ③不明

12. 風しん抗体検査・予防接種についてお答えください。

①風しん抗体検査は受けましたか？ はい（結果： _____ ） ・ いいえ
②風しん予防接種をしたことがありますか？ はい（ _____ 歳頃） ・ いいえ ・ 不明

13. 当院を何でお知りになりましたか？

①他院からの紹介（ _____ ） ②ホームページ
③知人の紹介（ _____ ）様 ④看板
⑤インターネット（twitter・note・Dr'sファイル・その他検索ワード： _____ ）
⑥新聞・広告・雑誌（赤ちゃんが欲しい・FeeMo・Dr'sファイル・その他雑誌名： _____ ）
⑦その他（ _____ ）

14. 当院にメールの問い合わせや質問はされたことがありますか？ はい（西暦 _____ 年 _____ 月頃） ・ いいえ



ID _____ *当院使用欄

<以下はこれから妊娠への治療をご希望されている方のみのお問診です>

I 不妊期間について

現在まで、避妊していない期間はどのくらいですか？ _____ 年 _____ ヶ月

II 不妊治療歴について

不妊治療をされたことがありますか？ はい (_____ 年 _____ ヶ月) ・ いいえ

以下は、はいの方のみお答えください。

A. 不妊の原因は何と言われましたか？

B. 他院での検査結果はお持ちですか？ はい ・ いいえ

当院で確認のため、再検査をしても良いですか？ はい ・ いいえ

希望されない検査がありましたら、ご記入ください。

C. 今までの不妊治療は何をされましたか？

- 自然周期タイミング療法 : (_____ 回) (_____ 年 _____ ヶ月)
- 排卵誘発剤タイミング療法 : (_____ 回) : 内服 (_____ 回) 注射 (_____ 回)
- 人工授精 : (_____ 回) : 自然周期 (_____ 回) 排卵誘発 (内服薬・注射) (_____ 回)
- 体外受精・顕微授精 : 採卵 (_____ 回) 胚移植 (_____ 回) (自然周期 ・ 刺激周期)
- 凍結融解胚移植 : (_____ 回)
- 腹腔鏡手術 : (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

D. 転院の方はなぜ前医から変わられたのですか？

*差し支えなければご記入ください

(_____)

III ご主人について

A. 何か病気があったり、薬を飲まれていますか？

B. 普通に性交渉はできますか？ はい ・ いいえ

C. 不妊治療に理解や協力はしてもらえそうですか？ はい ・ いいえ



ID _____ *当院使用欄

IV 当院に対して

A. 当院では原則、1～2ヶ月検査をして状態を診てから、治療方針をご提案、ご相談して予定です。

検査や治療でご希望がありましたら、お書きください。

1. ゆっくりと、自然に近い形でしていきたい
2. 2年ぐらいの間に妊娠できるようにしてほしい
3. とにかく早く妊娠したい
4. その他 (_____)

B. 現在、治療に対してどこまでの希望がございますか？

1. タイミング療法はしたい
2. 排卵誘発剤は使ってもよい
3. 人工授精をしてもよい
4. 体外受精、顕微授精は行ってもよい
5. 手術を場合によってはしても良い
6. 必要があれば全てする
7. 分からない（説明を聞いてから考えたい）
8. その他 (_____)

C. 治療方針はどのように決めたいですか？

1. 自分で決めたい
2. 当院と相談の上決めたい
3. 当院に決めてほしい
4. 分からない

D. お子様は何人授かりたいですか？

_____ 人

E. 通院時間や曜日のご希望はありますか？

曜日 (月・火・水・木・金・土)

時間 (_____) 時

V その他

A. 現在、サプリメントや漢方などをお使いでしたらご記入ください。

B. 気になっている点、治療についてのご希望などがありましたらご記入ください。



ID _____

* 当院使用欄

Ⅵ 保険適用での治療歴について

A. 2022年4月以降に保険適用で採卵を行った回数について、ご記入ください。

実施年月	医療機関名
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

B. 2022年4月以降に保険適用で胚移植を行った回数について、ご記入ください。

実施年月	医療機関名
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

※正確な回数をご記入ください。回数に誤りがあると保険適用されない場合があります。

※必要に応じて、過去に治療を実施した医療機関に治療歴について問い合わせることがあります。