

産婦人科女性問診票

ID: _____

※該当するものに☑でチェックをお願いします

初診日：20____年____月____日

ふりがな		ふりがな	
氏 名		ご主人氏名	
職業		職業	
生年月日	西暦____年____月____日（満____歳）	生年月日	西暦____年____月____日（満____歳）
結婚	☐ 結婚（西暦）____年____月 ☐ 再婚 ☐ 未婚 ☐ 夫婦別姓 ☐ 事実婚 ☐ 結婚予定____年____月頃		
連絡先	☐ 携帯電話____-____-____ ☐ 自宅番号（____）____-____		
住所	〒_____ ※当院からのご連絡の際クリニック専用封筒の使用： ☐可 ☐不可		

※当院を知ったきっかけを☑でチェックをお願いします。

☐ネット（yahoo google その他【検索ワード_____】） ☐ジネコ ☐他院・先生 ☐知人 ☐その他

※当院で希望する治療について☑でチェックをお願いします。

☐一般不妊検査 ☐タイミング法 ☐人工授精 ☐体外受精/顕微授精 ☐不育症の検査と治療
☐着床前診断(□B&C利用) ☐着床関係の検査と治療（ERA検査 PRP療法など） ☐セカンドピリオド
☐卵管造影検査のみ ☐がん検診 ☐卵子凍結（□クライスバンク利用____） ☐その他（____）

☆身長：_____cm 体重：_____kg

☆月経について

最終生理：_____月____日～_____月____日

初潮：_____歳 生理周期：最短（_____日）・最長（_____日） 生理痛：あり・なし

☆妊娠を目指したのはいつ頃からですか？（西暦）_____年____月（避妊期間：_____年____月～_____年____月）

☆性交経験はありますか？ あり・なし→性行為に支障はありますか？ あり・なし

☆薬剤や食物で副作用・アレルギーを経験したことがありますか？☐はい（下記に記入をお願いします） ☐いいえ

※右記に当てはまる方は○をつけて下さい。 アルコール・ラテックス・大豆・卵・ピーナッツ フルーツ

抗生剤・薬剤：☐はい→薬剤名（_____）

その他：_____

☆血縁のご家族に下記の病気の方はいますか？

高血圧 糖尿病 脳梗塞 心臓病 肺塞栓症 深部静脈血栓症 癌 肝炎

☆喫煙：1日（_____）本/ なし 飲酒： 週（_____）回/ なし

☆万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか？ はい ・ いいえ

☆過去に自己注射（アンプル・バイアル）をされた経験はありますか？ はい ・ いいえ

※ペン型注射やインスリン注射は除く



うめだ ファティリティー クリニック

☆検査歴 ☐なし ☐あり（該当するものに☑と詳細をご記入下さい）

検査	検査日（西暦）	検査結果
☐ 精液検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
☐ フーナー検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
☐ 子宮鏡検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
☐ 卵管造影 ☐ 通水	年 月	異常なし・異常あり（ ）
☐ クラミジア検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
☐ 子宮頸がん検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
☐ 抗精子抗体	年 月	異常なし・異常あり（ ）

☆治療歴 ☐なし ☐あり（該当するものに☑と詳細をご記入下さい）

☐ タイミング法	はい ・ いいえ	病院名	
☐ 人工授精	はい（ 回） ・ いいえ	病院名	
☐ 体外受精	はい（ 回） ・ いいえ	病院名	
☐ 顕微授精	はい（ 回） ・ いいえ	病院名	

※治療歴ありの場合、前医に治療歴の問合せをさせて頂く場合がありますが、同意頂けますか？ ☐はい ☐いいえ

☆妊娠歴：妊娠（ ）回 出産（ ）回 流産（ ）回 死産（ ）回 子宮外妊娠（ ）回 化学流産（ ）回 その他（ ）回

年月(西暦)	妊娠週数	妊娠について	治療・検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ その他 <u>妊娠方法</u> ： ☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ その他 <u>妊娠方法</u> ： ☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ その他 <u>妊娠方法</u> ： ☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ その他 <u>妊娠方法</u> ： ☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ その他 <u>妊娠方法</u> ： ☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査

※授乳中ですか？ ☐はい ☐いいえ （※授乳中の場合はご相談は可能ですが治療は出来ません）

☆今まで病気にかかったことはありますか？ ☐はい ☐いいえ

年～年(西暦)	疾患名	手術有無	経過観察	内服有無	内服薬	病院名
～ 年		あり・なし	あり・なし	あり・なし		
～ 年		あり・なし	あり・なし	あり・なし		
～ 年		あり・なし	あり・なし	あり・なし		

☆以下の病気にかかったことはありますか？ ☐はい ☐いいえ

喘息 高血圧 心臓病 緑内障 甲状腺疾患 潰瘍性大腸炎 糖尿病 脳梗塞 癌 肝炎 不整脈 その他（ ）

☆現在服用中の薬剤およびサプリメント名

・DHEA ・レスベラトロール ・エレビット



うめだ ファティリティー クリニック