

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	<input type="checkbox"/> 結婚 (西暦) 年 月 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 夫婦別姓 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 結婚予定 年 月頃		
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯電話 - - <input type="checkbox"/> 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) セカドピリオド

卵管造影検査のみ がん検診 卵子凍結 (□ガラス管利用) 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
<input type="checkbox"/> 精液検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> フーナー検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> 卵管造影 <input type="checkbox"/> 通水	年 月	異常なし・異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> クラミジア検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査	年 月	異常なし・異常あり（ ）
<input type="checkbox"/> 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）

<input type="checkbox"/> タイミング法	はい ・ いいえ	病院名	
<input type="checkbox"/> 人工授精	はい（ 回 ） ・ いいえ	病院名	
<input type="checkbox"/> 体外受精	はい（ 回 ） ・ いいえ	病院名	
<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> その他 妊娠方法： <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> その他 妊娠方法： <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> その他 妊娠方法： <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> その他 妊娠方法： <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> その他 妊娠方法： <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査

※授乳中ですか？ はい いいえ

☆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？

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

