

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ ● 名前	職業
● 生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)	
● 住所 〒	
● 電話番号	

● 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

● 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～

● 生理周期 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日周期 (順・不順)

● たばこを吸っていますか? (吸っていない / 吸っている)

● 今までに他院で不妊治療や検査をしたことがありますか? (ない / ある)

検査内容・治療歴
----------

● 今までに以下の感染症にかかったことがありますか? (ない / ある)

クラミジア・梅毒・淋病・B型肝炎・C型肝炎・HIV
---------------------------

● 今までにかかった病気・手術歴・持病について

入院・手術など	(ない / ある)
喘息	(ない / ある) 最終発作
アレルギー	(ない / ある) 金属・ラテックス・ゴム・花粉など
薬のアレルギー	(ない / ある) 抗生物質など
現在服用中の薬	(ない / ある)
その他、身体について何かあればご記入ください。	

● 今までの妊娠・出産について

当時の年齢	週数	経過	備考
歳	週	分娩(経膣・帝王切開)・流産・人工中絶	
歳	週	分娩(経膣・帝王切開)・流産・人工中絶	
歳	週	分娩(経膣・帝王切開)・流産・人工中絶	

● 当院をお知りになった方法

当院ホームページ・駅などの看板・通りがかり・知人・家族・その他 ( )

## ご主人について

記入日 年 月 日

フリガナ 名前	職業
生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)	
電話番号	

● たばこを吸っていますか？ (吸っていない / 吸っている)

● ご主人は出張・夜勤がある仕事ですか？ (ない / ある)

● 性交渉は1か月に何回くらいですか？ 1か月に\_\_\_\_回

● 性交渉がうまくいかない時がありますか？ (ない / 時々ある / ある)

→時々ある、ある方へ その理由  
勃起不全 (ED) ・ 膣内射精障害 ・ 女性側の痛みなど

● ご主人は以下の病気がありますか？ (ない / ある)

うつ病 ・ 糖尿病 ・ 泌尿器の病気 ・ 腎臓の病気