



ふりがな 御氏名 _____ 年齢 ____ 歳 生年月日 昭和・平成 ____年 ____月 ____日

携帯電話 _____ 自宅電話 _____

御住所 〒 _____

ふりがな 御主人氏名 _____ 年齢 ____ 歳 生年月日 昭和・平成 ____年 ____月 ____日

携帯電話 _____

I. 妊娠をご希望される方に質問をします。

1. 結婚して何年になりますか。 ____ 年 ____ ヶ月・未婚
2. 本日は旦那様と一緒に来院されていますか。(はい・いいえ)
3. 妊娠(赤ちゃん)を希望して、どれくらい経過しますか。約 ____ 年 ____ ヶ月
4. 何人の子供を授かりたいと思っていますか。 ____ 人
5. 通院できる曜日は何曜日ご希望ですか。月・火・水・木・金・土・日・祝
6. 通院できる時間は何時頃ご希望ですか。 ____ 時
7. 夫婦生活は月に何回くらい行っていますか。一ヶ月に ____~____ 回程度
8. 射精障害・勃起不全(ED)はありますか。(はい・いいえ)
9. 現在、基礎体温をつけていますか。(はい・いいえ)
10. 妊娠したことはありますか。(はい・いいえ)
妊娠 ____ 回 分娩 ____ 回 流産 ____ 回 ×AA
11. 子宮頸がん検診を受けたことはありますか。
(ない・ある 平成 ____ 年 ____ 月頃 結果 : 問題無し・要治療)
12. 子宮頸がん検診を本日も行ってよいですか。(はい・いいえ)
13. 甲状腺について指摘を受けたことがありますか。はい 時期/内容 _____ ・ いいえ
14. 薬で問題が生じたことがありますか。(はい 薬品名 _____ ・ いいえ)
15. 食品(エビ・カニ等)で問題が生じたことはありますか。はい 食品名 _____ ・ いいえ
16. 歯科治療での麻酔薬(キシロカイン等)で問題が生じたことがありますか。(はい・いいえ)
17. 手術を受けたことがありますか。はい 手術時期/内容 _____ 例 腹腔鏡等・ いいえ
18. 生理周期についてお尋ねします。周期(例 28~30 日等)もご記入ください。

生理開始日	/	/	/	/	/	/
周期(例 28 日)	日	日	日	日	日	日

19. タバコは吸いますか。(はい 1 日 ____ 本・いいえ)
20. 血液凝固機能障害(深部静脈血栓症等)と診断されたことがありますか。(はい・いいえ)
21. また、ご家族の中に診断されたことがある方はいらっしゃいますか。(はい・いいえ)
22. 飲み薬、健康食品、サプリメント、漢方薬などを服用していますか。(はい・いいえ)
「はい」の場合、品名をお書きください。(例: 葉酸、ルイボスティー、ローヤルゼリー、CoQ10 等)薬品名

※裏面にも記載がございます。

II. これまでに不妊治療または、不育治療を受けたことがある方に質問をします。

1. 不妊症、または不育症の原因についてどのような説明・治療をされましたか。(複数回答可)

☆検査結果をお持ちであれば、問診票と一緒に提出してください。

卵管造影検査の結果は (受けた事がない・両側通過・片側のみ通過・両側閉鎖)

ヒューナーテスト(性交後試験)の結果は (受けた事がない・無い・少ない・普通)

精液検査の結果は (受けた事がない・少ない・普通)

タイミング治療(内服薬なし) _____ 周期(回) HCG注射 ____ 回

クロミフェン・HMG(注射)等での排卵誘発 _____ 周期(回)

HCG注射 ____ 回

人工授精(AIHまたは IUI) _____ 周期(回) HCG注射 _____ 回

III. 体外受精、顕微授精を受けたことがある方は、以下にわかる範囲でお答えください。

採卵について

	平成 年 月	施設名	刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	その他
例	20.4	A クリニック	ロング法	5	通常・ 顕微	3	
1					通常・顕微		
2					通常・顕微		
3					通常・顕微		

移植について

	平成 年 月	施設名	新鮮胚・凍結胚	移植胚	移植数	妊娠判応	その他
例	20.4	A クリニック	新鮮胚 ・凍結胚	分割胚 ・胚盤胞	1	あり・ なし	
1			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	
2			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	
3			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	

IV. 今後の不妊治療に対して、どのような希望がありますか。(複数回答可)。

- (1) 排卵やホルモン環境、タイミングを見ながらゆとりすすめたい。
- (2) 保険診療の範囲内での治療をしたい。
- (3) 人工授精までは早めにすすめたい。
- (4) 体外受精・顕微授精を含めて、私達にあった最善の治療をして欲しい。

ご主人の意見どうですか。(上記(1)(2)(3)(4) わからない)

V. 東京 AMH クリニック銀座の不妊治療セミナーに参加されたことはありますか。

はい(平成 年 月 日) いいえ

VI. 当院にメールにて不妊治療に関する質問をしたことがありますか。

はい(平成 年 月 頃) いいえ

VII. 当院のホームページを知ったきっかけは。WEB 検索サイト・ワード _____ ・電車広告・その他 _____

VIII. その他、治療に関する御希望があればお書きください。 ※ _____

問診票は以上です。ご記入ありがとうございました。受付に提出してください。

ご夫婦で来院された方は、先に奥様の診察となります。 ☆ ご主人様は、待合室でお待ちください。

Height _____ . _____ c m Weight _____ . _____ k g BMI = _____ BP = _____ / _____ Pulse = _____