

問 診 票

記入日 年 月 日

本人	ふりがな 氏名：	生年月日：	年齢：
夫(パートナー)	ふりがな 氏名：	生年月日：	年齢：

● 結婚歴について

結婚日 年
* 未婚の場合 (事実婚 ・ 婚約中 ・ 未婚)

● 不妊期間はどのくらいですか？ (年 ヶ月)
避妊期間はありましたか？ はい (年 ヶ月) ・ いいえ

● その他について

夫婦生活(セックス)は月に何回くらいですか？
(月に 回くらい)

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？ はい ・ いいえ
(お薬またはサプリメント：)

● あなたの生活習慣について

お酒は飲まれますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい飲まれますか (1日)

たばこは吸われますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい吸われますか (1日 本 紙たばこ ・ 電子たばこ)

● ご主人(パートナー)について

お酒は飲まれますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい飲まれますか (1日)

たばこは吸われますか？ はい ・ いいえ ・ やめた (年前)
「はい」の方は、どれくらい吸われますか (1日 本 紙たばこ ・ 電子たばこ)

お仕事(生活リズム)は規則的ですか？ はい ・ いいえ

標準体型ですか？ はい ・ いいえ (やせ型 ・ やや肥満 ・ 肥満)

薄毛治療薬・男性型脱毛症(AGA)治療薬を内服されていますか？ はい ・ いいえ

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？ はい ・ いいえ
(お薬またはサプリメント：)

今までにかかった病気や手術はありますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方は、ご記入ください
病気または手術 () () 才

アレルギーはありますか？ はい () ・ いいえ

不妊の検査や治療に協力的ですか？
はい ・ いいえ ・ 内緒にしている ・ わからない

● 不妊治療歴について

今までに不妊治療をうけたことがありますか？ はい ・ いいえ

* 差支えなければ、病院名をご記入ください ()

卵管造影検査または通水検査を受けたことがありますか？

はい () 病院) ・ いいえ

「はい」と答えられた方は検査結果、検査時期についてお答えください

検査時期： 年 月頃

右： 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ その他 ()

左： 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ その他 ()

ヒューナー検査をうけたことがありますか？

はい () 病院) ・ いいえ

「はい」と答えられた方は検査結果についてお答えください

(良好 ・ やや不良 ・ 不良 ・ その他 ())

ご主人の精液検査を受けたことがありますか？

はい () 病院) ・ いいえ

「はい」と答えられた方は検査結果についてお答えください

精液量 () ml 運動率 () % 奇形率 () %

* 検査報告書などお持ちの方は、ご持参お願いします。

タイミング療法を受けたことがありますか？

はい () 病院) ・ いいえ

「はい」と答えられた方はお答えください

自然周期によるタイミング 回 最後に施行した日 年 月 日

排卵誘発剤を用いたタイミング 回 最後に施行した日 年 月 日

人工授精を受けたことがありますか？

はい () 病院) ・ いいえ

「はい」と答えられた方はお答えください

自然周期による人工授精 回 最後に施行した日 年 月 日

排卵誘発剤を用いた人工授精 回 最後に施行した日 年 月 日

体外受精をうけたことがありますか？

はい () 病院) ・ いいえ

「はい」と答えられた方はお答えください

		① I V F ② I C S I	採卵日	採卵数	受精卵数	移植方法 ①分割胚移植 ②胚盤胞移植 ③その他	移植胚数	凍結胚数	妊娠の有無
1									
2									
3									

移植回数 () 回) その内、保険診療での移植回数 () 回)

* 保険診療での移植回数が制限を越えられている場合は、判明した時点で全額自費扱いとなります。また虚偽の申告があった場合には保険診療を行えなくなるため、治療にかかった全ての費用が自費負担となります(費用は保険点数の10割とは限りません)。