

# 問 診 表

記入年月日： 年 月 日

裏面にもご記入いただく欄があります。

自宅住所	(〒 - )						
	自宅電話 ( ) -						
フリガナ				フリガナ			
氏名(妻)				氏名(夫)			
生年月日 (年齢)	年 月 日 (才)			生年月日 (年齢)	年 月 日 (才)		
職業				職業			
勤務先名				勤務先名			
血液型 (Rh)	( )	身長 (体重)	( cm kg)	血液型 (Rh)	( )		
携帯電話				携帯電話			

## 1. HART クリニック受診の理由

- a. 子供が欲しい  
 b. その他(詳しく記入してください) ( )

## 2. HART クリニック受診の動機

- a. 他医の紹介による 施設名( ) 医師名( )  
 b. 新聞、雑誌で 誌名( )  
 c. 知人の紹介 当院患者( はい・いいえ )  
 d. ホームページ  
 e. その他( )

## 3. 体外受精(顕微授精)を希望されますか

- a. はい    b. いいえ    c. 考慮中

## 4. あなたの月経について

- ① 初経は何才のときですか。 ( )才のとき  
 ② 月経は順調にありますか。 ( 順調・不順 )  
 ③ 月経は何日型で、何日続きますか。 ( )日型で( )日間続く  
 ④ 月経のとき、痛みますか ( はい・いいえ )  
 ⑤ 月経の量は多いですか。 ( 多・中・少 )  
 ⑥ 月経の中に血塊(かたまり)がありますか。 ( はい・いいえ )  
 ⑦ 最近の月経はいつからはじまりましたか。 ( )月( )日より( )日間

## 5. 結婚の時期について    結婚(年月： 年 月)    未入籍

- 奥様 ( )才     初婚     再婚【挙児の有無 あり・なし】  
 ご主人 ( )才     初婚     再婚【挙児の有無 あり・なし】

## 6. 妊娠を希望してから何年になりますか。 ( )年

## 7. 喫煙歴について

- 奥様     なし     あり( 本/日)     以前喫煙【禁煙歴( )年】  
 ご主人     なし     あり( 本/日)     以前喫煙【禁煙歴( )年】

⇒裏面につづく

8. 妊娠・分娩について 妊娠 ( ) 回

①出産 ( ) 回 ②流産 ( ) 回 ③子宮外妊娠 ( ) 回 ④中絶 ( ) 回

		年月	週数	経過	児の性別	児の体重	健康
妊 娠 歴	1	年 月	週	①出産 ②流産 ③子宮外妊娠 ④人工妊娠中絶	男・女	g	健・否
	2	年 月	週	①出産 ②流産 ③子宮外妊娠 ④人工妊娠中絶	男・女	g	健・否
	3	年 月	週	①出産 ②流産 ③子宮外妊娠 ④人工妊娠中絶	男・女	g	健・否

9. いままでにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

<奥様> ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか。 ( はい・いいえ )

② 主な病気は  
 (病名: )は( )才のとき  
 (病名: )は( )才のとき

③手術は  
 (手術名: )は( )才のとき

④アレルギー体質がありますか。 ( はい・いいえ )

※アレルギーがある方は( )にご記入ください。

食べ物( ) 薬剤( ) その他( )

<ご主人> ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか。 ( はい・いいえ )

② 主な病気・手術は  
 (病名・手術名: )は( )才のとき

③精液検査を受けたことがありますか。 ( はい・いいえ )

施設名( ) 時期( 年 月)

10. 今までの不妊症治療 (あり・なし) 期間 ( ) 年

<一般不妊治療> (あり・なし)

施設名( )

指摘された原因( )

排卵誘発剤投与 (あり・なし)

子宮卵管造影 (あり・なし) 結果( )

人工授精 (あり・なし) 回数( )回

<体外受精> (あり・なし)

施設名( )

体外受精 (あり・なし) 回数( )回

顕微授精 (あり・なし) 回数( )回

採卵回数 ( )回 新鮮胚移植回数 ( )回 凍結胚移植回数( )回

11. 本日、特に質問したいことをご記入ください。