

不妊外来問診表

ご本人 氏名 _____

ご職業 _____

結婚されていますか？

- はい（法律婚 事実婚）※事実婚の場合は、書類の提出が必要になります。
 いいえ

国籍 妻 日本 他（ ） 夫 日本 他（ ）

※治療前に確認が必要になる場合があります。

結婚時の年齢 歳 再婚の方は再婚時の年齢 歳

結婚後の避妊期間 なし あり（ 年 ヶ月）

他院で検査をしたことはありますか？

- いいえ
 はい 検査をしたのはいつですか？（ 年 月頃 ）

他院で行った検査に☑をつけてください

- ホルモン検査 子宮卵管造影 通気（通水）検査 精液検査 AMH 子宮鏡
感染症検査 その他（ ）

上記で異常を指摘されたことがあればご記入ください。

他院で治療をしたことがありますか？

- いいえ
タイミング法のみ 期間： 内服薬＋タイミング法 期間：
人工授精 回
体外受精 回（採卵 回） 顕微授精 回
胚移植 回

当院での希望する検査・治療、または知りたいことをご記入ください。

[]

ご主人について教えてください。

フリガナ		生年月日	
夫氏名		昭・平 年 月 日（満 歳）	
夫携帯		ご職業	

- 夜勤はありますか？ いいえ はい 出張はありますか？ いいえ はい
感染症検査をしていますか？ いいえ はい（1年未満 1年以上前）
既往歴があればご記入ください
手術歴 なし あり（ ）

• あなたの結婚・妊娠・分娩について

性交（セックス）の経験がありますか はい いいえ
結婚はされていますか はい いいえ 婚約中
妊娠したことがありますか はい いいえ

妊娠したことがある方は次にお答えください

妊 娠 () 回
分 娩 () 回 (うち正常分娩 _____ 回 ・ 帝王切開 _____ 回)
自然流産 () 回
人工妊娠中絶 () 回
子宮外妊娠 () 回

• 今まで大きな病気をしたことがありますか？

いいえ

はい

当時の年齢、病名又は手術名をお教えてください。

歳 病名： 手術名：

歳 病名： 手術名：

• 今までに指摘された病気はありますか？

なし

高血圧 糖尿病 喘息 心疾患（病名： _____）

その他（病名： _____）

現在、治療中ですか？

いいえ

はい 病院名： _____ 薬名： _____

• アレルギー体質ですか？

いいえ

はい 薬： _____ 食べ物： _____ その他： _____

• 家族に特殊な病気になった方はいますか？（例）血液疾患・遺伝性疾患

いいえ

はい（ _____ ）



OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CLINIC

NISHIZAWA

西澤産婦人科クリニック