医療法人 東京桜十字
桜十字ウィメンズクリニック渋谷

# 問診票

ご記入いただいた個人情報は診療以外に
使用することはございません。
正確なご記入をお願いいたします。

記載日：　　年　　月　　日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | | | 生年月日 | | | |
| お名前<br>(妻) | 様 | | | 西暦　　年　　月　　日<br>(　　歳) | | | |
| ご住所 | 〒<br>※番地・建物名・部屋番号までご記入下さい | | | | | ご職業 | |
| 連絡先 | ご自宅<br>携　帯 | | Email | | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 血液型 | 型 | Rh　＋　－ | |

当院を何でお知りになりましたか

□Google, Yahoo等検索サイト　□ご紹介（　　様／　　病院・医院）
□雑誌等＞□赤ちゃんが欲しい　□i-wishママになりたい　□Omosan Street　□その他（　　）
□ポータルサイト（□不妊治療情報センター　□不妊治療.net　□赤★（あかほし）ネット　□子宝ねっと
□ドクターズ・ファイル　□病院なび　□famione(ファミワン)　□その他（　　）
□つり革広告　□折込ちらし　□看板　□バスアナウンス　□Facebook　□Instagram

※当院では、マイナ保険証を通した患者様の診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供を心がけております。
正確な情報の取得・活用のために、マイナ保険証の利用にご協力お願い申し上げます。

**マイナ保険証による情報提供に同意いただけますか**　　はい ・ いいえ

**他の医療機関からの紹介状はございますか**　　はい ・ いいえ

**(1)電話でご連絡する際、当院の病院名を告げてもよろしいですか**　　はい ・ いいえ
※緊急時の際はお電話にてご連絡をさしあげることをご了承ください

**(2) 当院でご希望される治療内容をお聞かせください**　（該当する番号に○をつけてください）

① 一般不妊相談・検査　② 人工授精　④ 体外受精・顕微授精　⑤ 子宮卵管造影・子宮鏡検査

⑥ 子宮鏡手術　⑦ 卵管鏡下卵管形成術（FT）⑧ 卵子凍結　⑨ その他　（　　）
※ご相談のみの場合は相談料として¥11,000（税込）となります。

**(3) 結婚歴について**

・ 結婚した年齢　　才　　結婚年月　（ 西暦　　年　　月）

・ 入籍されていない場合【　婚約中　・　同居　・　未婚　】

・ 離婚歴　　なし　・　あり

## (4) 夫婦生活と自覚症状について

・ お子様をご希望されてからの期間　（　　年　　ヶ月）

・ 現在の性生活について･･･　　１ヶ月の性交回数　（ 約　　回 ）

・ その他の自覚症状

しぼるとお乳が出る ・ 性交痛 ・ 手の震え ・ 体重の急激な増減

その他　（　　）

## (5) 月経について

・ 最終月経について　（　　月　　日より出血　　日間 ）

・ 初経　　歳

・ 月経周期　ほぼ順調（　　日型 ）　・　不順　・　無月経

・ 月経時に辛い症状　ない　・　ある　（症状　　）

## （6） 妊娠歴について

・ 妊娠したことはありますか　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　（ ○をつけてください ）

| | 年齢 | 妊娠の経過 | | | | お産 | | 産後は | | お子さんは | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 正常 | 流産 | 中絶 | その他 | 正常 | その他 | 正常 | 異常 | 男 | 女 | 生下時体重 | 健 | 否 |
| 1 | 歳 | | | | | | | | | | | g | | |
| 2 | 歳 | | | | | | | | | | | g | | |
| 3 | 歳 | | | | | | | | | | | g | | |
| 4 | 歳 | | | | | | | | | | | g | | |

## （7）お身体の状態について

・ 現在治療中の病気・服用している薬・サプリメントはありますか

ない　・　ある　（ 病　名：　　）

（ 薬品名：　　）

・ 採血・注射・薬・検査・治療によって気分が悪くなったことがありますか

ない　・　ある　（具体的に　　）

・ 既往について、お答えください

アレルギー　ない　・　ある　（具体的に　　）
喘息　ない　・　過去にあった　・　ある　（　　）
糖尿病　ない　・　ある　（　　）
高血圧　ない　・　ある　（　　）
ご自身の血栓症　ない　・　過去　・　現在ある　（　　）
ご家族の血栓症　ない　・　過去　・　現在ある　（　　）
心疾患　ない　・　ある　（　　）
緑内症　ない　・　ある　（　　）

**（8）　今までに「病気」「手術」をした事がありますか。過去すべてお答えください**

ない　・　ある　　（具体的に　　）

**（9）　感染症について**

・ 今までに診断された感染症はありますか

ない　・　ある　　（B型肝炎　C型肝炎　梅毒　HIV　クラミジア　その他：　　）

・ 血縁者の中に不妊症の方や遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか

いない　・　いる　（　　）

・ 血縁者の中に高血圧、糖尿病、癌、結核の病気がある方はいらっしゃいますか

いない　・　いる　（　　）

**（10）　嗜好品について**

・お酒　：　飲む　（ 少 ・ 多 ）　・　飲まない

・たばこ：　吸う（　　本/日）　・ 吸っていたことがある　・　吸わない

**（１１）今までに不妊検査を受けたことはありますか**

ない　・　ある

| | | |
|---|---|---|
| 基礎体温 | 正常 ・ 異常 | （　　） |
| 子宮卵管造影 | 正常 ・ 異常 | （　　） |
| 卵管通気・通水 | 正常 ・ 異常 | （　　） |
| 腹腔鏡検査 | 正常 ・ 異常 | （　　） |
| 子宮鏡検査 | 正常 ・ 異常 | （　　） |
| ホルモン検査 | 正常 ・ 異常 | （　　） |
| フーナーテスト | 正常 ・ 異常 | （　　） |
| 精液検査 | 正常 ・ 異常 | （　　） |

**（１２）不妊治療について**

・ 今までに不妊治療を受けたことがありますか

なし　・　あり　（施設名　　）

・ どのような不妊治療をうけたことがありますか

①タイミング法

②ホルモン療法　：　クロミフェン（＿＿＿回）　hMG （ ＿＿＿回）　（その他　　）

③人工授精　：　自然周期（＿＿＿回）　刺激周期（＿＿＿回）

④体外受精・顕微授精　：　採卵（＿＿＿回）　新鮮胚移植（＿＿＿回）　凍結胚移植（＿＿＿回）

**（１３）パートナーについて　（一緒にご来院された方は記載不要です）**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | | | 生年月日 | | |
| お名前（夫） | 様 | | | Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日<br>（　　歳） | | |
| ご住所 | 〒<br>※パートナーの方と住所が異なる場合のみご記入ください | | | | | |
| 連絡先 | 携　帯 | | | ご職業 | | |
| 身長 | ｃｍ | 体重 | ｋｇ | 血液型 | 型 | Rh　＋　－ |
| 嗜好品 | ・お酒　：　飲む　（ 少 ・ 多 ）　・　飲まない<br>・たばこ：　吸う（　　本/日）　・　吸わない | | | | | |

**（１４）当院に対する治療のご希望がございましたらご記入ください**

［　　］

ご記入ありがとうございました