



ごうどクリニック  
京都駅前院  
GOUDO CLINIC

## 問診票

患者 ID: \_\_\_\_\_

年 月 日

カナ	TEL ( ) -		
氏名	生年月日	S・H・R	年 月 日
	住所 〒		
血液型( )	Rh( )		
身長 cm	体重 kg	職業	パートナー氏名
結婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 婚約中 <input type="checkbox"/> 事実婚		( 年 月 日生まれ)	
<input type="checkbox"/> 結婚: _____ 年 月 日			

○本日来院された理由を教えてください。(複数でも結構です。)

- 一般不妊治療(タイミング療法/人工授精)  ART(体外受精/顕微授精)  卵子凍結
- 不妊症  プライダルチェック  セカンドオピニオン
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

○月経について

- 最近の月経はいつですか? \_\_\_\_\_ 年 月 日より 日間 初経( )歳
- 月経周期は?  25~38日:( )日周期  24日以下  39日以上  3か月以上
- 月経時の症状は?  量がかなり多い  量が少ない  月経痛が強い  普通
- 月経時鎮痛剤使用(薬剤名: \_\_\_\_\_)

○性交の経験はありますか?

【 ある ・ ない → 超音波検査 ( できる ・ できない ・ わからない )】

○アレルギーの既往 【 なし ・ あり → ありの方は以下にお答えください。 】

- 薬  食べ物  アルコール  ラテックスゴム  麻酔薬

(原因物質: \_\_\_\_\_)

(症状: \_\_\_\_\_)



○ **家族歴** ご家族の中に何か特別な病気の方がいますか？

【 いない ・ いる ( 遺伝病 ・ 糖尿病 ・ がん ・ その他： \_\_\_\_\_ ) 】

○ **妊娠・分娩歴** ( \_\_\_\_\_ )回妊娠 ( \_\_\_\_\_ )回出産 ●現在、授乳中ですか？【 はい ・ いいえ 】

○ 妊娠を希望してからどれくらいですか？ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_カ月

○ これまでの病気について

これまでに病気されたことがある方はそちらについて記載してください。

( \_\_\_\_\_歳 病名： \_\_\_\_\_ → 現在使用薬名 \_\_\_\_\_ ・ 現在完治 )

これまで手術を受けたことがある方はそちらについて記載してください。

( \_\_\_\_\_歳 病名： \_\_\_\_\_ → 手術名 \_\_\_\_\_ )

○ これまでの妊娠・分娩歴がある方は以下の記載をお願いします。

年月	週数	性別・体重	妊娠について
年 月	週	( 男 ・ 女 ) ( _____ g )	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
			<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
年 月	週	( 男 ・ 女 ) ( _____ g )	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
			<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
年 月	週	( 男 ・ 女 ) ( _____ g )	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
			<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精

○ 今までの治療経験を教えてください。

一般不妊治療歴    タイミング法： \_\_\_\_\_回    人工授精： \_\_\_\_\_回

ART 歴    採卵 \_\_\_\_\_回 ( 保険 \_\_\_\_\_回 ・ 自費 \_\_\_\_\_回 )

《 受精方法    体外受精 \_\_\_\_\_回 ・ 顕微授精 \_\_\_\_\_回 ・ 不明 ・ その他 \_\_\_\_\_回 》

胚移植 \_\_\_\_\_回 ( 保険 \_\_\_\_\_回 ・ 自費 \_\_\_\_\_回 )

★他院で生殖補助医療を保険で受けられた方には、前医より診療情報提供書の提出をお願いしております。

○ 喫煙はされていますか？     いいえ     はい

○ 睡眠時間は？     6～8時間     6時間未満     8時間以上



○ 飲酒されますか？  いいえ  はい（週\_\_\_\_日）

○ 今までの検査結果があればご記入ください。

検査	結果	検査日
フーナー検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	年 月
子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	年 月
クラミジア検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	年 月
抗精子抗体検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	年 月
AMH	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	年 月
子宮頸がん検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	年 月
精液検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )	年 月

○ 喫煙はされていますか？  いいえ  はい

○ 睡眠時間は？  6～8時間  6時間未満  8時間以上

○ 飲酒されますか？  いいえ  はい（週\_\_\_\_日）

**★当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
初診時、従来の保険証を利用した場合：4点 / マイナ保険証を利用した場合：2点**

○ マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？（ はい ・ いいえ ）

○ 現在、処方されているお薬がありますか？（ はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提供します ）

→ はい と答えた方はこちらもご記入ください。

薬剤名( ) 容量( ) 投薬期間( )

薬剤名( ) 容量( ) 投薬期間( )

薬剤名( ) 容量( ) 投薬期間( )

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください。

○ この1年間で「特定検診」または「高齢者検診」を受診しましたか？

受診期間( ) 指摘事項( )

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能になります。