

問診票

フリガナ		生年月日(西暦)	年	月	日
お名前		電話番号	—	—	
住所	〒			身長	cm/ 体重 kg
メールアドレス					
来院のきっかけ	ホームページ・Instaram・youtube・ご紹介()様・その他				

該当するものに○をつけてください

- ・肩こり
- ・腰痛
- ・ズキズキ頭痛
- ・重い頭痛
- ・その他の頭痛
- ・痺れ
- ・動かすと痛い場所がある
- ・動かさなくても痛い場所がある
- ・ドライアイ
- ・目の疲れ
- ・視力の低下
- ・耳鳴り
- ・めまい
- ・慢性鼻炎
- ・ストレスを感じることもある。イライラする
- ・冷え 冷えを感じる場所→()
- ・疲れが取れない

睡眠について

- 睡眠時間→(6時間以下 ・ 7~8時間 ・ 9時間以上)
- ・夜中に起きることがある
 - ・寝つきが悪い
 - ・起きた時スッキリしない
 - ・寝る時間が不定期
 - ・いびき
 - ・歯ぎしり
 - ・日中眠い
 - ・睡眠薬を服用している()

食事について

- ・早食い
- ・空腹で食べるというより、時間だから食べるが多い
- ・夕食が21時を過ぎることが多い
- ・満腹まで食べる
- ・空腹時に胃痛がある
- ・胃痛がある
- ・甘いものが好き
- ・塩気、味の濃いものが好き
- ・ゲップがよくでる
- ・飲酒どれ位?→()
- ・清涼飲料水を取ることが多い
- ・水分は1日大体(ml)

食事について、大体の時間と内容について教えてください 例)朝食 8時ごろ パン、サラダ、コーヒー

朝食:()時ごろ
 昼食:()時ごろ
 夕食:()時ごろ
 間食: 有・無 ()時ごろ

排泄について

- ・便は()日に()回
- ・便が硬め
- ・便がゆるめ
- ・便がコロコロしている
- ・便秘と下痢が交互
- ・便が出やすくなる為の薬を服用している・薬→()
- ・小水は1日8回以上

運動について 運動の習慣がある場合は以下にご記入ください。ウォーキングなどどんな事でも

例)一週間に1回 ヨガを1時間

既往歴

- ・生まれた時から今までに、手術を受けたことがある→
- ・生まれた時から今までに、大病をした事がある→
- ・アレルギーがある→
- ・服用している薬がある→
- ・肝炎、HIVの検査はすんでいますか?→ 検査済み、感染(無 ・ 有) / 検査していない

問診票(妊活)

該当するものに○をつけてください

・多嚢胞性卵巣症候群(PCOS) ・卵巣機能不全 ・高プロラクチン血症 ・甲状腺機能 亢進/低下

卵管について該当するものに○をつけてください

・卵管通過障害(右 / 左) ・クラミジア菌感染症、リン菌感染症 ・卵管手術経験がある(右 / 左)
・病院などで卵管について言われた事があるか、詳しくはわからない

子宮について該当するものに○をつけてください

・子宮筋腫 ・子宮内膜症 ・チョコレート嚢腫 ・子宮線筋症
・ポリープ ・子宮奇形 ・子宮の手術経験がある
・病院で子宮について何かしら言われた事があるが、詳しくはわからない

フーナー検査について

フーナー検査(済み / まだしていない)
検査済みの方のみ → 良好 / 不良 / わからない

卵管検査について、該当するものに○をつけてください

・卵管通水検査 ・卵管通気検査 ・卵管造営検査 ・検査していない
検査済みの方のみ → 良好 / 不良 / わからない

生理について

・()日周期 ・出血期間は()日位 ・生理痛(有り/無し) ・痛み止め使用する
・過去にピルを使用した経験(有り / 無し)
・経血の量(多い / 普通 / 少ない) ・経血の色(赤 / 暗赤色 / 薄い赤) ・塊の有無(有り / 無し)

基礎体温について、該当するものに○をつけてください

二層性 / (低温期・高温期)が短い / 測っていない / よく分からない

ご主人について

生年月日 年 月 日 歳 / 身長 cm 体重 kg

精液検査(済み / まだしていない)

検査している方のみ → 良好 / 不良 / わからない

不良の場合、詳しくお答えください →

ご主人について、該当するものに○をつけてください

・喫煙している/していた ・飲酒あり ・運動する(具体的()) ・ストレスあり ・睡眠不足

・味の好み(薄味 / 濃い味 / 甘い物 / 大食い / 少食)

その他、気になる事があればご記入ください →

◆今まで病院で受けられた治療について教えてください

治療内容	回数	時期 (例)人工授精3回 2019.5 ~ 2019.12
タイミング(セルフ)	回	
病院で排卵みて タイミング	回	
人工授精	回	
採卵	回	
移植	回	

◆今後の治療の予定、希望について該当するものに○をつけてください

タイミング / 人工授精 / 体外受精 / その他

◆不妊症、婦人科、不育症について今までの病歴を詳しく教えてください。

別に書式がございましたら、そちらを提出頂いても構いません。病院の名前や薬の名前などわかる範囲でご記入いただくと助かります。

例)20〇〇年 8月 ○〇クリニック初診

9月 タイミング療法で、クロミッドを5日分処方