

問 診 票

記入日 年 月 日

本人	ふりがな 氏名：	生年月日：	年齢：
夫(パートナー)	ふりがな 氏名：	生年月日：	年齢：

● 結婚歴について

結婚日

年

* 未婚の場合 (事実婚 ・ 婚約中 ・ 未婚)

● 不妊期間はどのくらいですか？

(年 ヶ月)

避妊期間がありましたか？

はい (年 ヶ月) ・ いいえ

● その他について

夫婦生活（セックス）は月に何回くらいですか？

(月に 回くらい)

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？

はい ・ いいえ

(お薬またはサプリメント：)

● あなたの生活習慣について

お酒は飲めますか？

はい ・ いいえ ・ やめた (年前)

「はい」の方は、どれくらい飲めますか (1日

)

たばこは吸われますか？

はい ・ いいえ ・ やめた (年前)

「はい」の方は、どれくらい吸われますか (1日 本 紙たばこ ・ 電子たばこ)

● ご主人（パートナー）について

お酒は飲めますか？

はい ・ いいえ ・ やめた (年前)

「はい」の方は、どれくらい飲めますか (1日

)

たばこは吸われますか？

はい ・ いいえ ・ やめた (年前)

「はい」の方は、どれくらい吸われますか (1日 本 紙たばこ ・ 電子たばこ)

お仕事（生活リズム）は規則的ですか？

はい ・ いいえ

標準体型ですか？

はい ・ いいえ (やせ型 ・ やや肥満 ・ 肥満)

薄毛治療薬・男性型脱毛症（AGA）治療薬を内服されていますか？

はい ・ いいえ

現在服用中のお薬やサプリメントはありますか？

はい ・ いいえ

(お薬またはサプリメント：)

今までにかかった病気や手術はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は、ご記入ください

病気または手術 () () 才

アレルギーはありますか？

はい () ・ いいえ

不妊の検査や治療に協力的ですか？

はい ・ いいえ ・ 内緒にしている ・ わからない

● 不妊治療歴について

今までに不妊治療をうけたことがありますか？ はい（ ） いいえ（ ）

* 差支えなければ、病院名をご記入ください（ ）

卵管造影検査または通水検査を受けたことがありますか？

はい（ ） 病院（ ） ・ いいえ（ ）

「はい」と答えられた方は検査結果、検査時期についてお答えください

検査時期： 年 月頃

右： 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ その他（ ）

左： 正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ その他（ ）

ヒューナー検査をうけたことがありますか？

はい（ ） 病院（ ） ・ いいえ（ ）

「はい」と答えられた方は検査結果についてお答えください

（ 良好 ・ やや不良 ・ 不良 ・ その他（ ） ）

ご主人の精液検査を受けたことがありますか？

はい（ ） 病院（ ） ・ いいえ（ ）

「はい」と答えられた方は検査結果についてお答えください

精液量（ ） ml 運動率（ ） % 奇形率（ ） %

* 検査報告書などお持ちの方は、ご持参をお願いします。

タイミング療法を受けたことがありますか？

はい（ ） 病院（ ） ・ いいえ（ ）

「はい」と答えられた方はお答えください

自然周期によるタイミング 回 最後に施行した日 年 月 日

排卵誘発剤を用いたタイミング 回 最後に施行した日 年 月 日

人工授精を受けたことがありますか？

はい（ ） 病院（ ） ・ いいえ（ ）

「はい」と答えられた方はお答えください

自然周期による人工授精 回 最後に施行した日 年 月 日

排卵誘発剤を用いた人工授精 回 最後に施行した日 年 月 日

体外受精をうけたことがありますか？

はい（ ） 病院（ ） ・ いいえ（ ）

「はい」と答えられた方はお答えください

		①IVF ②ICSI		採卵日	採卵数	受精卵数	移植方法 ①分割胚移植 ②胚盤胞移植 ③その他	移植胚数	凍結胚数	妊娠の有無
1										
2										
3										

移植回数（ ）回 その内、保険診療での移植回数（ ）回

* 保険診療での移植回数が制限を越えられている場合は、判明した時点で全額自費扱いとなります。
また虚偽の申告があった場合には保険診療を行えなくなるため、治療にかかった全ての費用が
自費負担となります（費用は保険点数の10割とは限りません）。