



# 初診患者様問診票

記入日 年 月 日

ご本人様 (ID )	身長	生年月日	S.H 年(西暦 年) 月 日(満 歳)
フリガナ	cm	職業	勤務形態 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 会社員・パート・自営業・医療従事者( ) その他( )
氏名	体重		
	kg	BMI	
住所 〒 ー フリガナ			
都道 市区	Eメール		@
府県 町村			
電話番号：自宅番号 ー ー	携帯番号 ー ー		
緊急連先 様 続柄( )	電話番号 ー ー		

ご主人様・パートナー様 (ID )	生年月日	S.H 年(西暦 年) 月 日(満 歳)
フリガナ	職業	勤務形態 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 会社員・パート・自営業・医療従事者( ) その他( )
氏名		
	BMI	
住所 〒 ー フリガナ		
都道 市区	Eメール	
府県 町村	@	
電話番号：自宅番号 ー ー	携帯番号 ー ー	

1) 結婚歴 当てはまるものに☑して下さい 結婚：当時 歳(入籍日： 年 月)

離婚：当時 歳( 年 月) 再婚：当時 歳( 年 月) 未婚：結婚予定 年 月 未婚：事実婚(同居・別居)

2) 当院で希望または検討している治療について(複数回答可)

1. タイミング指導 2. 人工授精 3. 体外受精 4. 凍結融解胚移植 5. 検査のみ 6. セカンドオピニオン

3) 不妊期間 年 月 (避妊してない期間)

4) 妊活期間 (西暦) 年 月 ~ 年 月

\*セックスの経験はありますか：はい・いいえ 【sexless などあればお書きください( )】

\*最近性交渉はありますか：はい・いいえ \*最近で最も近い性交渉はいつですか： 年 月 日

\*現在の性生活：1ヶ月の性交渉の回数( )回 \*性交障害：なし・あり( 痛み・射精障害・勃起障害・その他 )

5) 月経について 初潮 歳 月経：順調・不順 周期 日型(生理期間 日間) 月経痛の有無：あり・なし

最近の(最後の)月経はいつありましたか。(西暦) 年 月 日 から 年 月 日

その前の月経はいつありましたか。(西暦) 年 月 日 から 年 月 日

6) 既往歴 今までに下記を指摘されたことがありますか?☐に☑を記入してください

ない がん( ) 子宮筋腫 子宮内膜症 腺筋症 卵巣のう腫(チョコレート嚢腫・その他 )

喘息(気管支喘息・咳喘息・小児喘息・その他 最終発作 頃) 高血圧症 精神疾患( )

甲状腺疾患(機能亢進症・機能低下症・その他 ) 感染症(B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV)

緑内障 消化器疾患 てんかん(最終発作 歳ころ) 頭痛【前兆なし・あり(受診歴：なし・あり)】

心臓病( ) 肝臓病( ) 腎臓病( ) 脳神経疾患( ) 糖尿病( )

※上記以外に継続して通院や内服治療をした内容、病気や怪我または手術をした事があれば下枠に記入してください。

病名： (西暦) 年 月 (西暦) 年 月	治療内容：
-----------------------	-------

※局所麻酔(歯科麻酔などで)手術時の麻酔で副作用はありましたか なし・あり・わからない・使用したことがない

ありの方内容を教えてください( )

7) ご主人様 (パートナーの方) についてもお聞かせください。薬などのアレルギーがある場合も記入してください。

夫) 病名:	年 月	治療内容:
アレルギー:		

8) 現在 服用中の薬

ご本人様:	なし・あり	ご主人 (パートナー) 様:	なし・あり
病名:		病名:	
薬剤名:		薬剤名:	

9) 副作用・アレルギー

ホルモン剤で副作用が出たことがありますか	なし	あり
アレルギーはありますか ありの方は下記にご記入ください 薬剤 (薬品名 ) 金属・アルコール・ゴムアレルギー 食物 (食品名 ) その他 ( )	なし	あり

10) 近親者 (血族の方) の方で下記に該当する場合は ( ) 内に続柄をご記入ください。 (例: 父・母・姉・祖母など)

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 心疾患 4. がん 5. 甲状腺疾患 6. 膠原病 7. 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV) 8. その他 ( )  
( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

11) 喫煙歴 ご本人様: 喫煙歴 なし・あり (吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり ( ) 本 × ( ) 年間  
ご主人 (パートナー) 様: 喫煙歴 なし・あり (吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり ( ) 本 × ( ) 年間

12) 今までに行った検査・治療について ※検査結果がお手元にある場合は来院時にお持ちください。

下記の項目に当てはまる検査項目があれば□に☑をして検査日結果内容を記入してください。

<input type="checkbox"/> 精液検査	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 抗ミューラー管ホルモン AMH	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査/不育症	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 感染症検査	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 風疹抗体検査	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )
<input type="checkbox"/> 乳がん検診	検査日 年 月	結果 ( 異常なし ・ 異常あり )

◆該当する治療内容を○で囲み期間等をご記入ください。

治療内容	治療期間	治療計画	回数	施設名
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精・胚移植	年 月 ~ 年 月	保険/自費	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精・胚移植	年 月 ~ 年 月	保険/自費	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精・胚移植	年 月 ~ 年 月	保険/自費	回	

13) 妊娠歴 なし・あり ※「あり」の方は下記にご記入ください。

妊娠した年 (西暦)	年齢	不妊治療	妊娠経緯	妊娠経過			出産日 (西暦)	妊娠中から出産後ま での異常	授乳
				該当に○	週数	出産状況			
年	歳	有・無	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩・流産 ・死産・中絶 ・子宮外妊娠	週	・経膈 ・帝王切開	年 月	無・有 ( )	授乳中・卒乳
年	歳	有・無	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩・流産 ・死産・中絶 ・子宮外妊娠	週	・経膈 ・帝王切開	年 月	無・有 ( )	授乳中・卒乳
年	歳	有・無	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩・流産 ・死産・中絶 ・子宮外妊娠	週	・経膈 ・帝王切開	年 月	無・有 ( )	授乳中・卒乳

本日: Bp / P Nsサイン

## 当院で治療を受けていただく前に

当院では、一人でも多くの不妊症に悩む患者様の希望を叶えるために、スタッフ一同全力で取り組んでおります。皆様にスムーズな治療を受けて頂くために、予めご理解いただきたいシステムやルールがございます。これらに同意いただけない場合は診療をお受けできかねますのでご了承ください。以下の内容をお読みいただき署名の上ご提出ください。

年 月 日

確認医師 :

ID

1	当院は不妊治療を専門とするクリニックです。当院で検査、治療するにあたり婚姻関係の確認が必要となります。婚姻関係申告書の提出をお願いいたします。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
2	検査、治療の保険適応は厚生労働省の決めたルールを順守して行うため、適応外の検査や治療は自費になります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
3	婚姻関係について虚偽の申告があった場合は、診療費用の全額を自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
4	患者様の取り間違え防止のためにご本人様より生年月日、氏名など繰り返し言うていただくことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
5	他院で保険での胚移植を行っている場合は、必ず正確な回数を申告して下さい。保険診療における胚移植は回数の規定があります。事実と反する申告があった場合、当院で保険で受けていただいた診療内容を全額自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
6	他院での検査結果（1年以内に実施した感染症以外の項目）を利用する場合には印刷された書類がある場合のみとなります。書面によるデータが無い場合は当院で再検査を受けて頂きます。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
7	診察・検査結果は診療時に医師より直接お話しします。間違いを防ぐため電話でお答えすることはできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
8	投薬や診療に関するご希望は、必ず診察室で医師に申し出てください。診療終了後に看護師、受付に申し出ていただいても対応できかねますので、再度ご診察となります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
9	処方された薬は必ず当日、院内で確認してください。一度お渡ししたお薬・注射薬等は返品交換はできかねます。また基本的に間違いを防ぐため、お薬の郵送はできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
10	診療時間外の質問やお問い合わせは受けられませんので時間内にご来院ください。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
11	院内では最低限のマナーをお守り頂けない場合、診察はお断りいたします。職員に対して大声をあげたり、罵倒するような行為をされた場合は以後の診察をお断りします。また、他の患者様にご迷惑になる行為は絶対におやめ下さい。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
12	不織布マスクを着用して下さい。COVID-19、インフルエンザや風疹などの感染症にかかっている疑いのある場合や流行性結膜炎（はやり目）、ノロウイルス等などウィルス性腸炎が疑われる下痢、嘔吐がある場合などは来院はお控えください。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
13	妻（パートナー）の検査結果を夫（パートナー）に、夫（パートナー）の検査結果を妻（パートナー）に通知説明することについて同意します。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
14	院内での録音・撮影はご遠慮ください。また、お渡しする資料の著作権は当院に帰属しており、SNS等への転載は固くお断りします。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
15	転居した場合やお電話番号が変更になった時は速やかにお知らせください。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
16	患者様の個人情報は個人情報保護法及び、当院の規定で取り扱います。治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただく可能性があります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
17	J I S A R T（日本生殖補助医療標準化機構）の認定を受けるにあたり、審査時に情報（カルテ）を提示することがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
18	診察費用は当日にお支払下さい。クレジットカードのご利用も可能です。詳しくは受付にお問い合わせください。診療費のお支払をして頂けない場合は以後の診察はお受けできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>

以上の内容をよく読み十分に理解しましたので、通院中は貴院のルールを遵守いたします。

20 年 月 日

本人（妻） 署名（自署） :

パートナー（夫） 署名（自署） :

医療法人社団 愛慈会 理事長 松本玲央奈

MLC-204 202303154015