No.

金山生殖医療クリニック　問診票　　（ご記入日：　　年　　月　　日）

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）	生年月日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒　　－		
連絡先		連絡先	
ご職業		ご職業	

① 今回の月経周期で希望する治療に☑をつけてご回答ください

□不妊症一般検査　□タイミング治療　□人工授精　□体外受精
□その他（　　）

② 今後検討されている治療に☑をつけてご回答ください

□タイミング治療　□人工授精　□体外受精
□その他（　　）

③ご本人様についてお尋ねします

1．ご結婚されていますか？　□ はい（西暦　　年　　月）
□ 事実婚　□ 婚約中　□ 未婚（入籍予定　あり　・　なし ）

2．ご結婚回数　（　　回）

3．前夫との間にお子様はいますか？　（　　人）

4．ご結婚されていない方へ質問です

治療の結果出生した子についてパートナー様が認知を行う意向はありますか？（ はい　・　いいえ ）

5．結婚後の避妊期間はどの位ですか？（　　年　　ヵ月）

6．不妊期間はどの位ですか？　（　　年　　ヵ月）

【月経】

最終月経	年　　月　　日　　日間
周期	□順調（　　日周期）　□不順（　　日から　　日くらい）

7．性交渉の経験はありますか？　（ はい　・　いいえ ）

【妊娠】

妊娠されたことはありますか？　□ はい　□ いいえ
・妊娠（　　回）　・分娩（　　回）　・流産（　　回）　・人工妊娠中絶（　　回）

【妊娠歴】

①妊娠方法（・自然・タイミング治療・人工授精・体外受精）	③妊娠方法（・自然・タイミング治療・人工授精・体外受精）
年　　月　　g	年　　月　　g
（ 経腟分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 ）	（ 経腟分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 ）
②妊娠方法（・自然・タイミング治療・人工授精・体外受精）	④妊娠方法（・自然・タイミング治療・人工授精・体外受精）
年　　月　　g	年　　月　　g
（ 経腟分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 ）	（ 経腟分娩 ・ 帝王切開 ・ 流産 ・ 中絶 ）

④　今までの検査・治療歴についてお尋ねします

今まで他の医療機関で不妊検査・治療をされたことはありますか？　□　はい　　□　いいえ

施設名（　　）

治療内容　□　卵管造影検査　　□　その他

□　子宮鏡検査

□　タイミング治療（ 計　　回）

□　人工授精　　（ 計　　回）

□　採卵　　（ 計　　回）

□　胚移植　　（ 計　　回）

⑤性生活についてお尋ねします

・性交痛があり性行為ができない　　□　はい　□　いいえ

・射精障害がある　　□　はい　□　いいえ

・勃起障害がある　　□　はい　□　いいえ

⑥既往歴・現病歴

・今まで大きな病気をされたことはありますか？　　□　はい　□　いいえ

（　　歳：病歴・手術名等　　）

・現在治療中の病気はありますか？　　□　はい　□　いいえ

（　　歳から／病名　　）

・現在内服中の薬はありますか？　　□　はい　□　いいえ

（薬名：　　）

⑦ご主人様・パートナー様についてお尋ねします

・精液検査を受けられたことはありますか？

□　はい　（ 医療機関 ・ 自己購入キット ）

結果　（ 異常なし ・ 少なめ ・ 人工授精適応 ・ 体外受精適応 ・ 精子がいないといわれた）

□　いいえ

・喫煙されていますか？　　□　はい　□　いいえ

・今まで大きな病気をされたことはありますか？　　□　はい　□　いいえ

（　　歳：病歴・手術名等　　）

・ご主人様、パートナー様に離婚歴がある場合、前妻との間にお子様はいますか？　□　あり　□　なし

⑧　その他　ご質問がありましたらご記入ください