

# 問 診 表

様式-問診表 NAC202301

年 月 日初診（記入しないで下さい）

Natural ART Clinic 日本橋  
産婦人科（生殖医療）  
泌尿器科（生殖医療）

カルテNo. \_\_\_\_\_（記入しないで下さい）

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 S/H \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

〒 \_\_\_\_\_

☆（ご住所はマンション名までご記入下さい。）

ご住所 \_\_\_\_\_

☆当クリニックからご連絡をさせていただくことがあります

自宅 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 携帯 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

ご連絡がつく電話番号はどちらですか 自宅 ・ 携帯

☆当院のオンデマンド動画を視聴、オンラインカウンセリング・説明会・相談会に参加されたことはありますか

はい（視聴済み・オンラインカウンセリングに参加・説明会に参加・相談会に参加） ・ いいえ

「はい」の方 → 参加日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 検査した内容： AMH 検査 ・ 精液検査 ・ なし

☆ご自宅から当クリニックまでの所要時間はどれくらいですか \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

☆過去行った採卵及び移植回数、他施設に現在残っている凍結卵子数をご記入ください

採卵 \_\_\_\_\_ 回 移植 \_\_\_\_\_ 回 現在残っている凍結卵子数 \_\_\_\_\_ 個

☆永遠幸グループに通院されていましたか はい ・ いいえ

新橋夢クリニック ・ 加藤レディースクリニック ・ 新宿 ART クリニック ・ その他( \_\_\_\_\_ )

☆当クリニックはどのようにしてお知りになりましたか（複数選択可）

- 1) 他院（院名： \_\_\_\_\_ ） 2) インターネット（ ブログ・妊活サイト・その他【 \_\_\_\_\_ 】 ）  
3) 知人からの紹介 4) 鍼灸・整体・漢方院など（院名： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_ ）  
鍼灸院等からの推薦・紹介（院名： \_\_\_\_\_ 担当： \_\_\_\_\_ ）

★保険診療希望の方へ「限度額適用認定証」をお持ちですか はい ・ いいえ

## I あなたの結婚、妊娠、分娩について

①結婚したのはいつですか S ・ H ・ R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
（未婚の方へ）同居開始したのはいつですか S ・ H ・ R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ・ 同居していない

②妊娠したことのある方は次にお答えください  
流産・中絶 ( \_\_\_\_\_ ) 回 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )  
分娩 ( \_\_\_\_\_ ) 回 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )

II ①現在、月経何日目ですか \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日目

②現在、月経でない場合、最終月経はいつでしたか \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間

III 子宮頸癌検査はうけたことがありますか 検査日 H ・ R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 結果 ( \_\_\_\_\_ )

IV 『血栓症』と言われたことはありますか はい ・ いいえ

V 現在、喫煙していますか はい ・ いいえ 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本、箱

VI 今までにかかった病気、または手術を受けたことのある患者様は病名・術名をご記入ください  
病名・術名 ( \_\_\_\_\_ )

VII ご家族の中に何か特別な病気の方がいますか  
いる [ 遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他 ( \_\_\_\_\_ ) ] ・ いない

VIII あなたの身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm 血液型 ( RH + - ) 型

☆ あなたのご主人について

ふりがな \_\_\_\_\_

①お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 S/H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

②ご職業 \_\_\_\_\_ ご主人の携帯 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

③今までにかかった病気、または手術を受けたことはありますか  
病名・術名 ( \_\_\_\_\_ )



はい いいえ 未検

不妊治療に関して以下の該当する項目にチェックまたはお答えください

\*子供を作るための性交渉はある  はい  いいえ

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から

\*不妊治療施設で治療していた  はい  いいえ

施設名① \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から

施設名② \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から

施設名③ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から

\*卵管は通っていた  はい  いいえ  未検

\*精子は正常だった  はい  いいえ  未検

\*性交後試験（フナ試験）は良好だった  はい  いいえ  未検

\*人工授精を受けた  はい  いいえ

\*体外受精を受けた  はい  いいえ

アレルギーに関して以下の該当する項目をチェックしてください

\*局所麻酔（歯科麻酔）での副作用はあった  はい  いいえ

\*抗生剤での副作用はあった  はい  いいえ

\*消毒薬（ヨード系）での副作用はあった  はい  いいえ

\*ホルモン剤での副作用はあった  はい  いいえ

現在内服中のお薬に関して以下の該当する項目をチェックしてください

\*他院処方ホルモン剤を服用している  はい  いいえ

\*精神科での投薬（眠剤を含む）を服用している  はい  いいえ

\*他院処方の漢方薬を服用している  はい  いいえ

\*サプリメントを飲んでいる  はい  いいえ

既往歴に関して以下の該当する項目をチェックしてください

気管支喘息     甲状腺疾患     循環器疾患     消化器疾患

糖尿病     肝疾患     うつ病     パニック症候群

現在、妊娠可能な状態である  はい  いいえ

過去6か月間の月経開始日を左から新しい順でご記入ください

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

最新  過去

ご記入ありがとうございます。