

問診表

連絡先 〒 - 住所	電話 Mail
妻	夫
フリガナ 氏名	フリガナ 氏名
生年月日 西暦： 年 月 日	生年月日 西暦： 年 月 日
身長 cm 体重 kg	身長 cm 体重 kg
職業	職業
受診の目的	
不妊治療 (第 子目希望) その他	勃起不全・精子の問題 その他
結婚歴 (初・再) 結婚年齢 歳 年 月 日	結婚歴 (初・再) 結婚年齢 歳 年 月 日
性生活 1ヶ月の回数 回 妻の性欲 (強い・普通・あまり無い) 夫の性欲 (強い・普通・あまり無い)	
排卵日の意識 (している・なんとなく・してない) 夫は協力的か? (はい・いいえ・他)	
病歴 (風疹・がん・喘息・アレルギー・怪我・睾丸・高熱・性病・手術・他)	
年	年
食事量 (少・大) タバコ (吸う・吸わない) 酒量 () 運動習慣 (有・無) 大便 (硬・柔・間隔 日 回)	食事量 (少・大) タバコ (吸う・吸わない) 酒量 () 運動習慣 (有・無) 大便 (硬・柔・間隔 日 回)
他気になる点	他気になる点
就寝時刻 時 / 起床時刻 時 平均的な 1日の睡眠 時間 (浅・深・不眠)	就寝時刻 時 / 起床時刻 時 平均的な 1日の睡眠 時間 (浅・深・不眠)
投薬	投薬
不定愁訴 (肩凝り・腰痛・冷え・疲れ)	不定愁訴 (肩凝り・腰痛・冷え・疲れ)

病院でお受けになった検査と結果・状態等

(先生から知らされた内容を具体的に記述願います)

紹介者：

現在の病院：

血液・ホルモン：問題無し・他

フーナーテスト：問題無し・他

クラミジア：問題無し・他

子宮卵管造影・通水：問題無し・他

子宮内膜の状態：問題無し・他

子宮筋腫：問題無し・他

卵の状態：問題無し・他（凍結・質　　）

排卵：問題無し・他（有・無）

黄体機能不全：問題無し・他（有・無）

月経周期：初潮　　歳　　期間：　　量：　　経色・経質：　　痛：

月経前症状 PMS：問題無し・他（有・無）

基礎体温：問題無し・他（一/二相性・不安定・高温期　　日）

ストレス・うつ等：問題無し・他

精液：問題無し・他（数　　奇形　　運動性　　）

その他：

現在病院でお受けになっている治療法

タイミング　　回

人工授精　　回

体外受精・顕微授精　　回

経過（採卵/胚移植日/結果等）

他にお受けになっている治療法

鍼灸：院名と期間

漢方薬・サプリ他：

ご家族の病歴

糖尿病・がん等：