

# 問診票

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日(満 歳)
氏名						
住所	〒 _____ - _____					
連絡先	電話番号: _____ - _____	携帯番号: _____				

以下の質問に、ご回答をお願いします。

- ① 身長及び体重 ● 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg
- ② たばこを吸う方は1日の本数と喫煙年数をお答えください ● 1日 \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年間
- ③ 初経の年齢をお答えください ● \_\_\_\_\_ 歳
- ④ 現在、結婚されていますか ● 未婚・既婚  
(結婚期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月)
- ⑤ 今までの妊娠・分娩についてお答えください

● 妊娠  回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ ) 歳  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ ) 歳  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

● 出産  回 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

- ⑥ 過去に病気を指摘されたこと、手術を受けたことがありましたらお答えください  
(とくに子宮・卵巣・卵管・甲状腺・糖尿病などの病気について)

病名	手術名	時期(年 月)

- ⑦ 過去に不妊に関する治療を受けたことがある、もしくは現在不妊治療中でしたら、実施した治療時期と治療内容についてお答えください

- 不妊期間 \_\_\_\_\_ ヶ月間 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ )  
 ● 治療時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 まで )  
 ● 治療内容(下の項目より番号をお選びください)  
 ( \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ )

1. タイミング法	2. 排卵誘発法	3. 人工授精	4. 体外受精(顕微授精)
-----------	----------	---------	---------------

- 上記以外の不妊治療をしたことがある方は、内容をお答えください

- ⑧ 過去にAMHを測定したことがありましたら、測定時期と結果をお答えください

● 測定時期:  年  月 ● 測定値:  単位(どちらかに○して下さい)  
 pM . ng/ml