

福岡ARTクリニック 初診時・問診票

項目	記入欄
氏名/生年月日	/ 西暦 年 月 日
住所	
電話番号(携帯)/E-mail	- - / E-mail: @
職業	
来院の目的	☐ 妊娠希望 ☐ 不妊治療継続 ☐ その他() ☐ セカンドオピニオン ☐ ブライダルチェック
初経年齢	歳頃
月経周期	約 日型 ☐ 規則的 ☐ 不規則
月経期間	約 日間 ☐ 出血量多い ☐ 普通 ☐ 少ない
月経痛	☐ 強い ☐ 普通 ☐ ほとんどない (鎮痛剤使用: ☐ あり ☐ なし)
最終月経開始日	年 月 日 ☐ 不詳
婦人科の病気・手術歴	☐ なし ☐ あり()
子宮頸がん検診	☐ 受けた (最終: 年 月) ☐ 受けていない
結婚した時期	平成 ・ 令和 年 月
妊娠を希望してからの期間	年 ヶ月
これまでの妊娠歴	☐ なし ☐ あり(回数: 回) うち出産: 回/流産: 回/人工中絶: 回 ☐ 診察時に伝えたい
不妊治療歴	☐ なし ☐ タイミング ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ その他()
保険診療で採卵回数	回 *現在の不妊治療開始後の保険での回数を覚えている限り記載してください。
保険診療で胚移植回数	回 *現在の不妊治療開始後の保険での回数を正確に記載してください。
不育症の検査・治療歴	☐ なし ☐ あり(原因: 治療内容:)
現在治療中の病気	☐ なし ☐ あり()
服用中のお薬	☐ なし ☐ あり()
アレルギー	☐ なし ☐ 食物 ☐ 薬剤 ☐ その他()
喫煙	☐ 吸わない ☐ 吸っている(本数: 本/日)
飲酒	☐ 飲まない ☐ 時々(日/週) ☐ 毎日/(量: /日)
カフェイン摂取	☐ なし ☐ 1〜2杯/日 ☐ 3杯以上/日
睡眠	就寝時刻 時ころ / 平均睡眠時間 時間 ☐ よく眠れる ☐ 寝つきが悪い ☐ 途中で起きる
運動習慣	☐ なし ☐ 週に 回 ☐ 毎日/(内容:)
同居の有無	☐ 同居 ☐ 別居(理由: ☐ 単身赴任 ☐ 勤務地が遠方 ☐ 結婚前 ☐ 家族の介護・看病 ☐ その他)
パートナーの氏名・年齢	氏名: / 歳
パートナーの既往歴	☐ なし ☐ あり()
パートナーの内服中の薬	☐ なし ☐ あり()
パートナーの喫煙歴	☐ なし ☐ 今は辞めている(最終: 歳まで) ☐ あり: 本/日
性交渉の頻度	☐ 週1回以上 ☐ 月数回 ☐ 月1回以下
紹介元・紹介者	☐ 紹介なし ☐ 医療機関名または紹介者名()
当院を知ったきっかけ	☐ ネット検索 ☐ インスタ ☐ X ☐ Facebook ☐ note ☐ ご紹介 ☐ 口コミ ☐ 駅看板 ☐ 看板・通りがかり ☐ その他
その他質問・要望など	