

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	日 / 西暦 年 月
住所	
電話番号(携帯)/E-mail	- - / E-mail: @
職業	
来院の目的	<input type="checkbox"/> 妊娠希望 <input type="checkbox"/> 不妊治療継続 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> ブライダルチェック
初経年齢	歳頃
月経周期	約 日型 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則
月経期間	約 日間 <input type="checkbox"/> 出血量多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
月経痛	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ほとんどない (鎮痛剤使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
最終月経開始日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 不詳
婦人科の病気・手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> 受けた (最終: 年 月) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回数: 回) うち出産: 回/流産: 回/人工中絶: 回 <input type="checkbox"/> 診察時に伝えたい
不妊治療歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 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ない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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(原因: 治療内容: )
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
服用中のお薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他( )
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っている(本数: 本/日)
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々( 日/週) <input type="checkbox"/> 毎日/(量: /日)
カフェイン摂取	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1~2杯/日 <input type="checkbox"/> 3杯以上/日
睡眠	就寝時刻 時ころ / 平均睡眠時間 時間 <input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で起きる
運動習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 毎日/(内容: )
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(理由: <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 勤務地が遠方 <input type="checkbox"/> 結婚前 <input type="checkbox"/> 家族の介護・看病 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
パートナーの内服中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
パートナーの喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 今は辞めている(最終: 歳まで) <input type="checkbox"/> あり: 本/日
性交渉の頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月数回 <input type="checkbox"/> 月1回以下
紹介元・紹介者	<input type="checkbox"/> 紹介なし <input type="checkbox"/> 医療機関名または紹介者名( )
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> ネット検索 <input type="checkbox"/> インスタ <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> note <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> 看板・通りがかり <input type="checkbox"/> その他
その他質問・要望など	