

問診表

BMI: _____, 血圧: _____ / _____, P: _____

★ 該当する□には☑を、選択肢には○をつけ、_____は記入してください

ふりがな	生年月日; S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日, 年齢; _____ 歳
お名前; _____	旧姓; _____ 身長; _____ cm, 体重; _____ kg (6ヶ月で不変/増加/減少)
〒; _____ - _____, ご住所; _____ 県 _____ 市/町/村	
自宅電話番号; _____ - _____ - _____	携帯電話番号; _____ - _____ - _____ 血液型; (_____)型, Rh(+・-)
ご職業(具体的に職種も); あり _____	(職場名・場所; _____) / なし / 元 _____
★ 喫煙歴; □なし □あり _____ 本/日 □現在は吸っていない	★ 飲酒は; □しない □する; 毎日/週に _____ 日
★ 結婚歴; □未婚 □事実婚 □初婚 _____ 年 _____ 月 □再婚 _____ 年 _____ 月 (離婚歴 _____ 回)	

★ ご主人(パートナー)について

ふりがな	生年月日; S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日, 年齢; _____ 歳
お名前; _____	身長; _____ cm, 体重; _____ kg
ご職業(具体的に); あり _____	/ なし / 元 _____, 携帯電話; _____ - _____
既往歴(現在治療中やこれまでかかった病気・手術等); なし/あり _____	
★ 喫煙歴; □なし □あり _____ 本/日 □現在は吸っていない	★ 飲酒は; □しない □する
★ 結婚歴; □事実婚 □初婚; _____ 年 _____ 月 □再婚; _____ 年 _____ 月 (離婚歴 _____ 回) (子供; □なし □あり; _____ 人)	

★ 不妊について; □話を聞きたい □検査希望 □治療希望 (□タイミング □排卵誘発 □人工授精 □体外受精 □顕微授精)

★ 不妊期間; _____ 年 _____ ケ月 (避妊期間は除いてください)

★ クリニックに来られたきっかけは?; 知人(_____)さんの紹介/近いから/HPを見て/その他(_____)

★ 紹介状はお持ちですか?; なし/あり(病院名; _____, 医師名; _____)

★ 費用について □保険診療の範囲内 □自費診療も可 □費用にかかわらず最良の治療を選択したい

★ 基礎体温はつけていますか?; □つけていない □アプリ(ルナルナ/その他)につけている □用紙につけている(持参/持参せず)

★ 月経について 初経; _____ 歳

最終月経; _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日, 周期; 順調; _____ 日型/不順; _____ 日 ~ _____ 日, 持続; _____ 日間,

月経量; 少/中/多 月経痛; □なし □あり(弱/中/強/激しい; 腰痛/下腹痛)・薬; _____ 毎回/時々使用),

★ 妊娠・出産歴; 妊娠; _____ 回 出産; _____ 回 中絶歴; □なし □あり 流産; _____ 回 (子宮外妊娠; □なし □あり _____ 回)

1. _____ 年 _____ 月 _____ 日; _____ 週 正常産/帝王切開(適応; _____) / 死産/早産 _____ g ♂/♀

自然/タイミング/排卵誘発剤/人工授精/体外受精 施設名; _____ パートナーはご主人ですか? はい/いいえ

2. _____ 年 _____ 月 _____ 日; _____ 週 正常産/帝王切開(適応; _____) / 死産/早産 _____ g ♂/♀

自然/タイミング/排卵誘発剤/人工授精/体外受精 施設名; _____ パートナーはご主人ですか? はい/いいえ

★ 子宮頸がん検診は受けましたか? □受けていない □受けた(_____ 年 _____ 月; 異常なし/異常あり)

★ クラミジア抗原検査は受けましたか? □受けていない □受けた(_____ 年 _____ 月; 異常なし/異常あり)

★ 風疹ワクチンは受けましたか; □受けた(1・2・3回) □受けていない □わからない 風疹抗体価; _____ 倍/不明

★ 現在サプリメントを服用していますか? □いいえ □はい(□葉酸; 商品名 _____

□ビタミンD; 商品名 _____ □鉄; 商品名 _____ □その他; 商品名 _____)

★ ご主人は不妊治療に; □協力的 □非協力的 □どちらでもない ★平均的な性交間隔は; 月 _____ 回/ほとんどなし/なし

★ 性交での問題が □ない □ある 性交痛/ED(勃起不全)その他; _____

- ★ アレルギー;□なし □あり⇒□アルコール綿 □ラテックス □卵 □大豆 □ピーナッツ □その他(.....)
- ★ 注射や採血で気分が悪くなったり変わったことはありましたか?;□なし □あり⇒どのような症状?.....
- ★ 現在治療中や、これまでかかった病気はありますか?;□特になし □ぜんそく □精神疾患/心身症 □甲状腺疾患
□子宮筋腫 □子宮内膜症 □卵巣嚢腫(チョコレート嚢腫/皮様嚢腫/その他) □腺筋症 □その他(.....)
*通院中の病名..... 病院名.....
- ★ 現在薬を飲んでいますか?;□なし □あり
薬剤名..... 市販薬/処方薬(処方病院名;.....)
薬剤名..... 市販薬/処方薬(処方病院名;.....)
- ★ 治療中の病気・使用中の薬がある方
治療医・処方医に妊娠・出産 OK の確認はしていますか? □OK の確認済み □確認していない
- ★ 手術の経験;□なし □あり
病名;..... 手術名..... 開腹/腹腔鏡/その他 手術日;.....年...月 病院名;.....
- ★ 家族歴;血縁関係のある方に病気の方はいらっしゃいますか?;□なし □あり 病名.....

- ★ 不妊検査・治療歴 ;□なし
□通院中(.....年.....月~) 病院名;..... 医師名;.....
□過去に通院していた(.....年.....月~.....年.....月);病院名;..... 医師名;.....
受けた検査;□ホルモン検査 □通気/通水/子宮卵管造影 □ヒューナーテスト □精液検査 □腹腔鏡 □AMH
□その他;.....
検査結果;□異常なし □異常あり;.....
不妊原因;□原因不明 □排卵障害 □男性因子 □卵管因子 □子宮内膜症 □抗精子抗体陽性 □その他(.....)

- ★ 治療内容;□タイミング □排卵誘発 □人工授精 □体外受精
- ★ 体外受精治療歴;治療施設名..... 場所.....
採卵回数.....回 最終施行日.....年.....月
刺激方法;□高刺激.....回 □低刺激.....回 受精方法;□媒精 □顕微授精
胚移植回数(□第一子希望で.....回 □第二子希望で.....回 □第三子希望で.....回) 最終施行日.....年.....月
移植方法;□新鮮胚移植.....回 □凍結胚移植(自然周期.....回;ホルモン補充周期.....回)
妊娠判定;□陰性.....回 □陽性(反応のみ.....回・流産.....回・出産.....回)

- ★ 今までに不妊治療の副作用が出たことが;□ない □ある
薬(薬品名;.....);じんましん/湿疹/めまい/吐き気/便秘/注射部位の炎症
治療に伴う副作用;卵巣がはれた/腹水がたまった/その他.....

- ★ 不妊について心配なこと・ご相談になりたいこと・ご要望がございましたら、ご記入ください。

来院時にご記入ください

- ★個人情報保護に関する当院の基本方針(問診台の前に掲示)はお読みいただき、同意されますか?
同意する / 同意しない⇒同意されない内容につきお教えてください.....
- ★当院よりご自宅へ緊急連絡等が必要な場合の連絡先は自宅/本人携帯/夫携帯/その他(.....)
病院名を出して; よい / よくないので個人名希望 留守電に伝言を入れて; よい / よくない