

ID: _____

問 診 票

年 月 日

診 察	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前（ 年 月）に受診した		紹介者
住 所	〒		
電 話	携帯（ ） 自宅（ ）		
フリガナ			生 年 月 日
氏 名	職業	西暦 年 月 日（ 才）	
フリガナ			生 年 月 日
夫・パートナー氏名	職業	西暦 年 月 日（ 才）	
夫・パートナー電話	携帯（ ）		

1. 下記の質問にお答えください

- ・身長、体重を教えてください（ 身長 c m ・ 体重 k g ）
- ・あなたの月経周期について
初経（ 才） ・ 最終月経（ 年 月 日 ～ 日間 ）
月経周期：最近6ヶ月の月経周期は（ おおむね規則的 ・ 不規則 ）
→「規則的」と答えた方は何日ごとですか（ 日）
「不規則」と答えた方（最も短かった時 日）（最も長かった時 日）
出血量（ 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ 出血時ドロツとした塊が多く出る ）
生理痛（ ない ・ あるが我慢できる程度 ・ 薬（ ）が必要 ・ 痛くて寝込む程 ）
- ・性経験（ ある ・ ない ） 性交痛（ ある ・ ない ） 性交障害（ ある ・ ない ）
- ・現在基礎体温はつけていますか（ はい ・ いいえ ）
- ・排卵検査薬の使用（ ある ・ ない ）
- ・いつご結婚されましたか（ 年 月 初婚 ・ 再婚 ）
- ・夫 初婚 ・ 再婚（ 子供： 有 ・ 無 ）
- ・妊娠を希望されてどれくらいですか（ 避妊せず性交渉をもってからの期間（ 年 ヶ月 ） ）
- ・子宮頸癌検査を受けたことがありますか（ いいえ ・ はい（ 年 月ごろ 異常なし ・ 有 ） ）

2. 妊娠について 早産、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、胎盤早期剥離、分娩時大量出血、HELLP症候群、新生児仮死、輸血、B群溶血性連鎖球菌などがあった場合は空白スペースに記入ください。化学流産は記載不要です。

	年月日	分娩週数/経緯	中絶・流産	ご出産	性別/体重/身長	出産した病院	妊娠の経過
1	西暦 年 月 日	週 日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢（あり・なし） 心拍（あり・なし）	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男 ・ 女 g cm		
	西暦 年 月 日	週 日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢（あり・なし） 心拍（あり・なし）	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男 ・ 女 g cm		
3	西暦 年 月 日	週 日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢（あり・なし） 心拍（あり・なし）	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男 ・ 女 g cm		
	西暦 年 月 日	週 日 自然妊娠 不妊治療	中絶 流産（手術・自然排出） 胎嚢（あり・なし） 心拍（あり・なし）	正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開	男 ・ 女 g cm		

3. 今までにかかった病気やケガ・手術について

- ①婦人科の病気 () () 才のとき
②甲状腺の病気 () () 才のとき
③その他の病気 () () 才のとき
④心療内科・精神科にかかったことはありますか? いいえ ・ はい ()
⑤現在治療中の病気はありますか? いいえ ・ はい ()
⑥現在薬を飲んでいますか? いいえ ・ はい ()
⑦手術を受けたことはありますか? いいえ ・ はい ()
⑧アレルギーはありますか? いいえ ・ はい (食物・薬・花粉症・アトピー・ハウスダスト・その他)
※食物、薬、その他アレルギーをお持ちの方は内容もご記入ください ()
⑨喘息はありますか? いいえ ・ はい ・ 以前はあった (才までであった)
⑩タバコを吸いますか? いいえ ・ はい (1日 本位)
同居されている方は? いいえ ・ はい (1日 本位) (どなたが)
⑪ご家族に高血圧の方はいますか? いいえ ・ はい (祖父・祖母・父・母・兄弟・ご主人)
⑫ご家族に糖尿病の方はいますか? いいえ ・ はい (祖父・祖母・父・母・兄弟・ご主人)
⑬風しん抗体検査(採血)を受けたことはありますか? ない ・ ある (年 月 日 → 抗体あり ・ なし)
⑭風しん、もしくは風しん麻しん混合(MR)の予防接種を受けたことはありますか? (幼少期の場合はご自身の母子手帳参照)
ない ・ ある (年 月 日 ・ 幼少期 → 風しん単独 ・ 風しん麻しん混合(MR)) ・ 不明
⑮風しんにかかったことはありますか? ない ・ ある () 才のとき ・ 不明

4. 不妊治療についてご質問します

・不妊治療を受けたことはありますか

はい ・ いいえ ・ 検査のみ

はいとお答えの方へ→治療施設名① () 通院期間 (年 月 ~ 年 月)

治療施設名② () 通院期間 (年 月 ~ 年 月)

*どのような検査を受けましたか

ホルモン採血 (年 月 異常なし ・ 有) 子宮卵管造影 (年 月 異常なし ・ 有)

精液検査 (年 月 異常なし ・ 有) 通水検査 (年 月 異常なし ・ 有)

その他 ()

※本日他院の検査結果を持参された方は、受付にご提出ください。

*どのような治療を受けましたか

タイミング指導 (回) ・ 人工授精 (回) ・ 体外受精(採卵 回) (移植 回)

排卵誘発剤を使用したことはありますか? いいえ ・ はい ()

※※体外受精・顕微授精に○のある方は、別紙の「体外受精治療歴」をわかる範囲でご記入ください。

*本日の受診目的は何ですか

不妊の相談 ・ 基本的な検査を受けたい ・ 不妊治療 ・ 不育症検査 ・ その他 ()

・不妊治療に関するご希望を教えてください。

タイミング指導 (希望する ・ 必要に応じて希望する ・ 分からない ・ 希望しない)

人工授精 (希望する ・ 必要に応じて希望する ・ 分からない ・ 希望しない)

体外受精、顕微授精 (希望する ・ 必要に応じて希望する ・ 分からない ・ 希望しない)

5. 診察、その他、何かご要望等がございましたらご記入ください。

[Empty space for patient input]

体外受精の治療歴

ID: _____

氏名: _____

1	採卵	治療施設名		卵巣刺激法		採れた卵子の数		凍結保存卵
				<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法		個		個
		治療開始日	採卵日	<input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激(クロミッド・レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明		受精方法		現在の凍結個数
		年 月 日 (歳)	年 月 日 保険・自費			体外 個	顕微 個	個
	移植	移植日		移植方法	妊娠の有無	請求方法		備考
		年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費		
		年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費		
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費				

2	採卵	治療施設名		卵巣刺激法		採れた卵子の数		凍結保存卵
				<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法		個		個
		治療開始日	採卵日	<input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激(クロミッド・レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明		受精方法		現在の凍結個数
		年 月 日 (歳)	年 月 日 保険・自費			体外 個	顕微 個	個
	移植	移植日		移植方法	妊娠の有無	請求方法		備考
		年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費		
		年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費		
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費				

3	採卵	治療施設名		卵巣刺激法		採れた卵子の数		凍結保存卵
				<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法		個		個
		治療開始日	採卵日	<input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激(クロミッド・レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明		受精方法		現在の凍結個数
		年 月 日 (歳)	年 月 日 保険・自費			体外 個	顕微 個	個
	移植	移植日		移植方法	妊娠の有無	請求方法		備考
		年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費		
		年 月 日		新鮮・凍結	有・無	保険・自費		
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			
年 月 日			新鮮・凍結	有・無	保険・自費			

※ 記入欄が足りない場合は、コピーしてお使いください。

くぼのやIVFクリニック