

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 cm ・ 体重 kg ）
- ・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	週 数	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	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		
2	西暦 年 月 日	週 日	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	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		
4	西暦 年 月 日	週 日	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 → 風しん単独 ・ 風しん麻しん混合(MR) )

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。

( )

# 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)		受精方法		現在の凍結個数
		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明		体外	顕微	個
		( 歳)	保険・自費			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)		受精方法		現在の凍結個数
		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明		体外	顕微	個
		( 歳)	保険・自費			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				
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)		受精方法		現在の凍結個数
		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明		体外	顕微	個
		( 歳)	保険・自費			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