

問診表 **A**-1

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

★ 該当する口には☑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: _____, 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 _____ (職場の場所: _____) / なし/元 _____
 勤務: _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分, 週休 _____ 日休み; 土/日/_____, 夜勤: あり/なし

★ 本日はどうされましたか?

- 子供が欲しい** ⇒ 3・4 ページ目の問診票 **B** にも記入してください
- 妊娠しているか** 市販の妊娠判定薬で陽性; _____ 月 _____ 日 症状; つわり/腹痛/出血/その他; _____
- 月経不順/月経の遅れ/月経がない** _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろから 症状; _____
- 月経が多い/月経が少ない/月経痛がひどい** 症状; _____
- 不正出血/性交時出血** _____ 月 _____ 日ごろから 症状; _____
- おりもの/かゆみ** _____ 月 _____ 日ごろから 部位; 外陰部/膣/肛門周囲/その他; _____
- 痛み/できもの** _____ 月 _____ 日ごろから 下腹部/外陰部/上腹部/臍部/腰部/その他; _____
- がん検診希望** 子宮頸がん 子宮内膜がん 卵巣がん その他(_____)
 *子宮頸がん検診は以前に受けましたか? 受けていない 受けた(_____年 _____月; 異常なし/異常あり)
- 更年期について/ホルモン療法の相談** 症状 _____
- ピルの処方** 避妊目的 緊急避妊 月経をずらしたい(_____月 _____日 ~ _____月 _____日を避けたい)
 *以前ピルを服用していた いいえ はい (商品名: _____)
 *緊急避妊を希望の方のみ 最終性交日時 _____月 _____日 _____時ごろ
- 性病の検査希望** クラミジア 淋病 梅毒 AIDS その他; _____
- ブライダルチェック希望**
- その他** _____

★ 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/ホームページを見て/タウンページを見て
 本/雑誌(_____)を見て/新聞を見て/口コミサイト(_____) / その他(_____)

★ クリニックまでの所要時間; 車(自分で/乗せてもらって)/JR/バス/バイク/自転車/徒歩 _____ 時間 _____ 分

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

★ 月経についてお聞きします

初経: _____ 歳, 閉経: _____ 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),

★ 結婚歴; 未婚 婚約中 事実婚 既婚; _____ 年 _____ 月 離婚; _____ 年 _____ 月 再婚; _____ 年 _____ 月

★ 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: ビール/焼酎/日本酒/ワイン/ウイスキー/その他(_____); _____ cc/毎日/週に _____ 日

★ アレルギー; なし あり

ありの方 ⇒ アルコール綿 ラテックス 卵 大豆 ピーナッツ その他(_____)

★ 今までに注射や採血で気分が悪くなったことはありますか? なし あり

ありの方 ⇒ どのような症状でしたか? _____

問診表 ㊤-2

★ 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(気管支喘息/小児喘息 最終発作 年 月ごろ 吸入器使用した) 咳喘息

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

がん()歳の時

てんかん、最終発作 年 月頃 糖尿病(口通院中) 高血圧(口通院中) 消化器疾患()口通院中

甲状腺疾患(亢進症/低下症) (口通院中) 心臓病(口通院中) 肝臓病(口通院中) 腎臓病(口通院中)

精神疾患/心身症()口通院中 感染症(HIV/梅毒/B型肝炎/C型肝炎 口通院中)

* 通院中の病院名()

★ 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：

病名： 手術名 開腹/腹腔鏡/その他 手術日： 年 月 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：)

★ 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？

高血圧 なし/あり 糖尿病 なし/あり 消化器疾患 なし/あり(病名)

血液疾患 なし/あり(病名) 悪性疾患 なし/あり(病名)

遺伝性疾患 なし/あり(病名)

心臓・血管疾患 なし/あり(病名) 膠原病・免疫疾患 なし/あり(病名)

その他の疾患 なし/あり(病名)

★ 妊娠・出産歴； 回妊娠, 回出産

1. 年 月 日； 週 中絶/流産/子宮外妊娠/死産/早産/正常産/帝王切開(適応；) g,♂/♀

妊娠成立；自然/タイミング/人工授精/体外受精 病院名； パートナーはご主人ですか？ はい/いいえ

2. 年 月 日； 週 中絶/流産/子宮外妊娠/死産/早産/正常産/帝王切開(適応；) g,♂/♀

妊娠成立；自然/タイミング/人工授精/体外受精 病院名； パートナーはご主人ですか？ はい/いいえ

3. 年 月 日； 週 中絶/流産/子宮外妊娠/死産/早産/正常産/帝王切開(適応；) g,♂/♀

妊娠成立；自然/タイミング/人工授精/体外受精 病院名； パートナーはご主人ですか？ はい/いいえ

★ 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

★ 今後の診察に対してご希望・ご要望がありましたらご記入ください

()

()

問診表 ㊀-1

(お子さんの欲しい方はこちらもご記入ください)

★ ご主人について

- 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(直近6ヶ月で不変/増加/減少)
ご職業(具体的に)；あり _____ /なし/元 _____ ，勤務； _____ 時 _____ 分～ _____ 時 _____ 分、休み；土/日/ _____
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 _____
携帯電話； _____ — _____ — _____
- ★ 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；ビール/焼酎/日本酒/ワイン/ウイスキー； _____ cc/毎日/週に _____ 日
- ★ 結婚歴；婚約中 事実婚 初婚； _____ 年 _____ 月 再婚； _____ 年 _____ 月 (お子さんは なし あり； _____ 人)

子どもが欲しい

- ★ 不妊期間； _____ 年 _____ ヶ月 (避妊期間は除いてください)
- ★ 話を聞きたい 検査希望 治療希望
- ★ 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
- ★ 現在のところ不妊治療期間をどのくらいと考えられていますか？；半年以内 1年以内 1年半以内 2年以内 2年以上
- ★ お子さんは何人ご希望ですか；1人 2人 3人 4人以上
- ★ 不妊治療に対する考えについて、あなたの考えにあてはまるものに☑をご記入ください
- ・不妊治療について
 - 子供はいつか自然にできると考えている
 - 時間はかかってでも、できるだけ自然妊娠に近い形で授かりたい
 - 体外受精を含め、できることに全て挑戦したい
 - ・希望する治療について タイミング 排卵誘発 人工授精 体外受精 顕微授精 精子凍結 受精卵(胚)凍結
- ★ 特に希望する検査がありますか？ はい；(_____) いいえ
- ★ 来院可能日時 いつでも可能 午前のみ 午後早め 午後遅め 曜日 月/火/水/木/金/土
- ★ 費用について 治療費はあまりかけたくない(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
- ★ 私は不妊について十分な知識があると思う； はい いいえ
- ★ 基礎体温はつけていますか？；つけていない 用紙につけている(持参/持参せず) アプリ(ルナルナ/その他)につけている
- ★ 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 _____ マルチビタミン 商品名 _____ その他 商品名 _____)
- ★ 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 妊娠不可と確認
- ★ ご主人は不妊で通院することを； 知っている 知らない
- ★ 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；週に _____ 回/月に _____ 回/ほとんどなし/なし
- ★ 性交での問題が
- ない
 - 妻にある 不感症/性交痛/その他； _____
 - 夫にある 不感症/早漏/遅漏/ED(勃起不全)/その他； _____

問診表 ㊤-2

★ 不妊検査・治療歴

なし

通院中(.....年.....月~) 病院名;....., 医師名;..... 県..... 市/町,

過去に通院していた(.....年.....月~.....年.....月)病院名;....., 医師名;.....
(.....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

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

タイミング回,最終施行日年.....月,治療施設.....

排卵誘発; クロミフェン/レトロゾール/HMG 注射回,最終施行日年.....月,治療施設.....

人工授精;.....回(自然周期;回/クロミフェン/レトロゾール併用;回/HMG 注射併用;回)

最終施行日年.....月 治療施設.....

採卵; トータルで.....回

① 採卵日.....年.....月, 刺激法; 高刺激/低刺激/自然 治療施設.....

採卵数;.....個, 受精方法; 媒精/顕微授精/併用⇒受精数;.....個 凍結胚数 分割胚;.....個,胚盤胞.....個

② 採卵日.....年.....月, 刺激法; 高刺激/低刺激/自然 治療施設.....

採卵数;.....個, 受精方法; 媒精/顕微授精/併用⇒受精数;.....個 凍結胚数 分割胚;.....個,胚盤胞.....個

③ 採卵日.....年.....月, 刺激法; 高刺激/低刺激/自然 治療施設.....

採卵数;.....個, 受精方法; 媒精/顕微授精/併用⇒受精数;.....個 凍結胚数 分割胚;.....個,胚盤胞.....個

胚移植; トータルで.....回

① 胚移植日.....年.....月,新鮮/凍結胚.....個(自然/ホルモン補充),グレード.....,妊娠判定; 陰性/陽性(反応のみ・流産・出産)

② 胚移植日.....年.....月,新鮮/凍結胚.....個(自然/ホルモン補充),グレード.....,妊娠判定; 陰性/陽性(反応のみ・流産・出産)

③ 胚移植日.....年.....月,新鮮/凍結胚.....個(自然/ホルモン補充),グレード.....,妊娠判定; 陰性/陽性(反応のみ・流産・出産)

★ 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・ご希望がございましたら、ご記入ください。

.....
.....
.....
.....