

問診票(女性用)

当院では、個人情報保護に基づいて、医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

該当する□に、レ点でチェックを入れて下さい。

診察券番号: _____

記入日: 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	年 月 日(歳)	生年月日	年 月 日(歳)
ご職業		ご職業	
ご自宅住所	〒		
血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB RhD(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)
身長・体重	cm kg	身長・体重	cm kg
携帯電話番号			
自宅電話番号			
携帯メールアドレス	@	<input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> yahoo.co.jp	

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？

- 一般不妊治療 体外受精・顕微授精 不育症・習慣流産の相談(妊娠するけれど流産を繰り返す、など)
卵管鏡下卵管形成術 夫が男性不妊外来を受診中 他院からのご紹介(紹介元: _____)
セカンドオピニオン(他院での不妊治療の相談)⇒ **通常の診療枠ではご対応できません。受付にお問合せください。**
その他(_____)

2. 当院を知ったきっかけは何ですか？

- 他院からの紹介 知人の紹介 家が近い ホームページ Facebook 看板を見て
雑誌・本・新聞(具体的には: _____)

3. 月経についてお尋ねします。

- (1) 初めての月経(初経)はいつでしたか？ _____歳
(2) 月経周期は順調ですか？ 順調(_____日周期) 不順(短い時は _____日、長い時は _____日)
(3) 月経の時の症状は？ 特にない 下腹部痛 腰痛 頭痛 月経量が多い
(4) 最後の月経が始まった日(最終月経)はいつでしたか？ _____月 _____日～ _____月 _____日(_____日間)
(5) 最終月経の前の月経はいつでしたか？ _____月 _____日～ _____月 _____日(_____日間)

4. ご結婚についてお尋ねします。

- 既婚(結婚 _____年 _____月 _____日(_____歳)) (←初婚 再婚(前夫との間に妊娠 あり なし)
未婚 未入籍(_____年 _____月入籍予定、事実婚)
離婚(_____年 _____月 _____日)

5. 妊娠を希望してからどのくらいの期間が経過していますか？ _____年 _____ヶ月

6. 妊娠されたことがありますか？ ある ない

- (1) _____年 _____月(_____歳)(妊娠 _____週) 経腔分娩 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠 死産
(2) _____年 _____月(_____歳)(妊娠 _____週) 経腔分娩 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠 死産
(3) _____年 _____月(_____歳)(妊娠 _____週) 経腔分娩 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠 死産
(4) _____年 _____月(_____歳)(妊娠 _____週) 経腔分娩 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠 死産
(5) _____年 _____月(_____歳)(妊娠 _____週) 経腔分娩 帝王切開 流産 中絶 子宮外妊娠 死産

7. ご自身についてお尋ねします。

- (1) 今までに経験した手術はありますか？ ない ある
帝王切開 子宮筋腫核出術(開腹・腹腔鏡下 子宮鏡下) 卵巢嚢腫切除術(右 左 両側)
子宮頸部円錐切除術 子宮外妊娠手術(卵管切除術: 右 左) その他(_____)
手術した病院名: _____ 治療時期: 20 ____ 年 ____ 月
(2) 上記以外に(手術していないものも含めて)今までに経験された病気がありますか？ ない ある
卵巢のう腫(右 左 両側) 子宮筋腫・子宮腺筋症 子宮内膜症 喘息(最終発作 _____年 _____月)
甲状腺疾患(機能低下 機能亢進) 高血圧 糖尿病 心臓病・不整脈 肝機能障害 アトピー
精神疾患(_____) てんかん 摂食障害 その他(_____)

- (3) 注射や内服薬、食物で副作用やアレルギーを経験したことがありますか？ ない ある
 卵(+, -) 牛乳(+, -) アルコール消毒(+, -) ヨード(造影剤など)(+, -) 花粉(+, -) その他()
 薬剤名() (年 月), 症状:(かゆみ・発疹・吐き気・息苦しさ・血圧低下・その他)
 食物名() (年 月), 症状:(かゆみ・発疹・吐き気・息苦しさ・血圧低下・その他)
- (4) 月経以外の出血(不正出血、性交後出血など)がありますか？ ない ある
- (5) 今までの子宮頸がん検診で異常がありましたか？ ない ある(年 月), 結果()
- (6) 最後に受けた子宮頸がん検診は？ : 受けたことがない
 年 月に受けた (異常なし 異常あり:)
- (7) クラミジアの治療(内服薬または点滴)を受けたことがありますか？
検査したことがない 検査して、異常がなかった 検査して、異常があった(治療した 治療していない)
- (8) お乳が漏れ出たり、物が二重に見えたりしますか？ ない ある

8. 今までに受けられた検査についてお尋ねします。

検査内容	検査日	実施施設	検査結果
AMH	年 月		ng/ml (pM)
子宮鏡検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(<input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 筋腫 <input type="checkbox"/> 慢性子宮内膜炎)
子宮卵管造影検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(<input type="checkbox"/> 癒着 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 狭窄) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
ご主人の精液検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(<input type="checkbox"/> 数 <input type="checkbox"/> 濃度 <input type="checkbox"/> 運動率)
不育症検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり()
染色体検査	年 月		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり

9. 今までに受けられた不妊治療について、お尋ねします。

- タイミング療法(回) (最後に行った時期: 20 年 月)
人工授精 (回) (最後に行った時期: 20 年 月)
体外受精・顕微授精 : 採卵(回) (調節刺激: 回・低刺激 回)
 胚移植(回) (新鮮胚: 回・融解胚 回)

10. 体外受精・顕微授精を受けられた方は、お分かりになる範囲で構いませんので、下記にもご記入をお願いします。

	採卵日	施設名	卵巣刺激法	刺激日数	採卵数	受精方法	正常受精数	新鮮胚移植・胚凍結	融解胚移植	妊娠
1	20 年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> クロミフェン ・レトロゾール <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 体外受精 ----- <input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 初期胚凍結 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞凍結 個	<input type="checkbox"/> 初期胚移植 回 <input type="checkbox"/> 胚盤胞移植 回	
2	20 年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> クロミフェン ・レトロゾール <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 体外受精 ----- <input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 初期胚凍結 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞凍結 個	<input type="checkbox"/> 初期胚移植 回 <input type="checkbox"/> 胚盤胞移植 回	
3	20 年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> クロミフェン ・レトロゾール <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 体外受精 ----- <input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 初期胚凍結 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞凍結 個	<input type="checkbox"/> 初期胚移植 回 <input type="checkbox"/> 胚盤胞移植 回	
4	20 年 月		<input type="checkbox"/> アンタゴニスト <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> クロミフェン ・レトロゾール <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 体外受精 ----- <input type="checkbox"/> 顕微授精		<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 初期胚凍結 個 <input type="checkbox"/> 胚盤胞凍結 個	<input type="checkbox"/> 初期胚移植 回 <input type="checkbox"/> 胚盤胞移植 回	

11. 当院での検査・治療について、現時点でのご希望をレ点でお示ください。

- ① 基本検査 : 同意しない 同意する (※当院での治療を始める方は、必ず基本検査をお受けください。)
 ② タイミング療法 : 希望しない 必要ならば希望する この治療から始めたい
 ③ 人工授精 : 希望しない 必要ならば希望する この治療から始めたい
 ④ 体外受精 : 希望しない 必要ならば希望する この治療から始めたい
 ⑤ 顕微授精 : 希望しない 必要ならば希望する この治療から始めたい (※当院では原則的にsplit ICSIです。)
 ⑥ 卵管鏡下卵管形成術 : 希望しない 必要ならば希望する この治療から始めたい
 ⑦ 胚凍結 : 希望しない 必要ならば希望する (※当院では原則的に全胚凍結です。)
 ⑧ 精子凍結 : 希望しない 必要ならば希望する この治療から始めたい