

問診票(女性用)

1

当院では、個人情報保護法に基づいて、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。

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	☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB RhD(☐ + ☐ -)	血液型	☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB RhD(☐ + ☐ -)
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	@ _____	☐ docomo.ne.jp ☐ softbank.ne.jp ☐ ezweb.ne.jp ☐ i.softbank.jp ☐ gmail.com ☐ yahoo.co.jp	

該当する□にレ点でチェックを入れる、あるいは該当するものを○で囲んで下さい。

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。**

2. 当院のWEB説明会に、もう既に参加されましたか？ ☐参加した(☐初診前 ☐体外受精) ☐まだ参加していない

3. 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(紹介者: _____) ☐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: _____)

4. 月経についてお尋ねします。 CD _____

- (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) 直近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) 上記(4)の前の月経はいつでしたか？ _____月 _____日～ _____月 _____日(_____日間)

5. 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)

6. 妊娠を希望してから(避妊せずに)どのくらいの期間が経過していますか？ : _____年 _____ヶ月

その間の夫婦生活について: ☐一定間隔でできている ☐セックスレスである ☐その他(_____)

7. 妊娠されたことがありますか？ ☐ある ☐ない G P _____

(↓分娩日または処置した日) (↑あとでエコー室で担当医にお伝えいただくことも可能です。)

- (1) _____年 _____月 _____日(_____歳)(妊娠 _____週 日)(_____g、男・女)☐経腔分娩 ☐帝王切開 ☐流産 ☐中絶 ☐その他(_____)
 (2) _____年 _____月 _____日(_____歳)(妊娠 _____週 日)(_____g、男・女)☐経腔分娩 ☐帝王切開 ☐流産 ☐中絶 ☐その他(_____)
 (3) _____年 _____月 _____日(_____歳)(妊娠 _____週 日)(_____g、男・女)☐経腔分娩 ☐帝王切開 ☐流産 ☐中絶 ☐その他(_____)
 (4) _____年 _____月 _____日(_____歳)(妊娠 _____週 日)(_____g、男・女)☐経腔分娩 ☐帝王切開 ☐流産 ☐中絶 ☐その他(_____)
 (5) _____年 _____月 _____日(_____歳)(妊娠 _____週 日)(_____g、男・女)☐経腔分娩 ☐帝王切開 ☐流産 ☐中絶 ☐その他(_____)

8. 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 (☐開腹 ☐腹腔鏡下)
☐帝王切開 ☐子宮筋腫核出術(☐開腹 ☐腹腔鏡下 ☐子宮鏡下) ☐卵巣のう腫切除術(☐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
☐卵巣のう腫 ☐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
☐眼圧上昇、緑内障 ☐精神疾患(_____) ☐てんかん ☐摂食障害 ☐その他(_____)

(裏面に続きます)

- (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？（下記の該当箇所に ○ をつけてください）
卵（有，無） 牛乳（有，無） 大豆（有，無） アルコール消毒（有，無） ヨード（造影剤等）（有，無，？） 花粉（有，無）
その他（ ）（ 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) 直近の子宮頸がん検診について：□ 年 月に受けた（□異常なし □異常あり：）
□受けたことがない
- (6) 上記(5)より以前に異常がありましたか？ □なし □異常あった（ 年 月； 結果：）
- (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 □検査で異常がなかった □治療した（ 年 月、 歳） □異常があったが治療していない
- (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
- (9) 煙草を吸いますか？ □吸う □吸わない
- (10) 風疹ワクチンを接種したことがありますか？ □ない □ある（ 年 月） □わからない
- (11) 現在サプリメントを摂っていますか？（□摂っている：□葉酸 □ビタミンD □（ ）） □摂っていない
- (12) あと何人子供が欲しいと考えておられますか？ 率直なご希望を教えてください。（ 人）

9. 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 日		ng/ml （ pM）
子宮鏡検査	年 月 日		□異常なし □異常あり（□ポリープ □筋腫 □慢性子宮内膜炎）
子宮卵管造影検査	年 月 日		□異常なし □異常あり（□癒着 □閉塞 □狭窄） □右 □左 □両側
ご主人の精液検査	年 月 日		□異常なし □異常あり（□数 □濃度 □運動率）
その他（ ）	年 月 日		□異常なし □異常あり（ ）

10. 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）

11. 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		□アンタゴニスト □ロング □ショート □クロミフェン・レトロゾール □その他			□体外受精 ----- □顕微授精		□新鮮胚移植 □初期胚凍結 個 □胚盤胞凍結 個	□初期胚移植 回 □胚盤胞移植 回	あり・なし
2	20 年 月		□アンタゴニスト □ロング □ショート □クロミフェン・レトロゾール □その他			□体外受精 ----- □顕微授精		□新鮮胚移植 □初期胚凍結 個 □胚盤胞凍結 個	□初期胚移植 回 □胚盤胞移植 回	あり・なし
3	20 年 月		□アンタゴニスト □ロング □ショート □クロミフェン・レトロゾール □その他			□体外受精 ----- □顕微授精		□新鮮胚移植 □初期胚凍結 個 □胚盤胞凍結 個	□初期胚移植 回 □胚盤胞移植 回	あり・なし
4	20 年 月		□アンタゴニスト □ロング □ショート □クロミフェン・レトロゾール □その他			□体外受精 ----- □顕微授精		□新鮮胚移植 □初期胚凍結 個 □胚盤胞凍結 個	□初期胚移植 回 □胚盤胞移植 回	あり・なし

12. 当院での検査・治療について、現時点でのご要望をレ点 でお示ください。

- ① 基本検査： □検査のみを希望（治療は希望しない） □検査と治療を希望する
- 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・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
- ⑤ 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