

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	<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	

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)⇒通常診察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(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: _____)

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) 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)

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(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: 一定間隔できている セックスレスである その他(_____)

6. 妊娠されたことがありますか？ ある ない

(↓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)(_____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)(_____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)(_____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)(_____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)(_____g、男・女) 経腔分娩 帝王切開 流産 中絶 その他(_____)

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 (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

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 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()

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		□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

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

- 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(※当院では必ず行います。)
- 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