

## 問診票

初診日                      年                      月                      日

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	S・H                      年                      月                      日 (満                      歳)	生年月日	S・H                      年                      月                      日 (満                      歳)
職業		職業	
住所	〒		
携帯番号(妻)	-                      -	当院からの連絡 可能なお時間帯	<input type="checkbox"/> 個人名 <input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> (                      :                      ~                      :                      )
携帯番号(夫)	-                      -	希望連絡先 留守録	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG

### 1. 本日はどのようなことで来院されましたか

- タイミング療法                      (説明を受けたい    希望する    わからない)  
 人工授精                                      (説明を受けたい    希望する    わからない)  
 体外受精・顕微授精                      (説明を受けたい    希望する    わからない)

### 2. 月経について

- ・初潮                      歳
- ・最終月経                      月                      日 ~                      月                      日    (                      日間)
- ・その前の月経                      月                      日 ~                      月                      日    (                      日間)
- ・周期(月経がはじまった日から次の月経があるまで)  
 順調 (                      日周期)                       不順 (                      日から                      日)
- ・月経に伴い右記の症状がありますか     下腹部痛     腰痛     頭痛
- ・痛み止めを使用しますか                       はい                       いいえ

### 3. 結婚について

- 結婚 (S・H                      年                      月)                       離婚 (S・H                      年                      月)  
 再婚 (S・H                      年                      月)                       未婚     未婚 (H                      年                      月結婚予定)

### 4. 妊娠されたことはありますか

- ① S・H                      年                      歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠                      週(男・女                      g)  
 ② S・H                      年                      歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠                      週(男・女                      g)  
 ③ S・H                      年                      歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠                      週(男・女                      g)  
 ④ S・H                      年                      歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠                      週(男・女                      g)



**体外受精を受けられた方をお願いしています**

下記の記入例を参考に治療歴を記入して下さい

採卵 1 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
H24年3月	〇〇 クリニック	自然・ゾート法・ゾグ法 アタリニスト法・カミッド法 その他( )	10	体外受精 顕微授精 その他	7	初期胚 2 胚盤胞 3	初期胚 胚盤胞 移植せず	せず
H24年5月	〃	1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	1
H24年7月	〃	2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	1 つずつ

**体外受精治療歴** 採卵回数 ( ) 回：体外受精 回 顕微授精 回) 胚移植回数 ( ) 回)

採卵 1 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ゾート法・ゾグ法 アタリニスト法・カミッド法 その他( )		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 2 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ゾート法・ゾグ法 アタリニスト法・カミッド法 その他( )		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 3 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ゾート法・ゾグ法 アタリニスト法・カミッド法 その他( )		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 4 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ゾート法・ゾグ法 アタリニスト法・カミッド法 その他( )		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	

ご記入ありがとうございました