

## 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	
現住所	〒		
	※住民票の住所と現住所が異なる場合は下記にお書きください。 〒		
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)

**5. あなたについてお尋ねします**

- 身長 \_\_\_\_\_ cm                      • 体重 \_\_\_\_\_ kg
- 血液型 \_\_\_\_\_ 型 (Rh + -) \*お分かりにならない場合は結構です
- 喫煙歴    □なし    □あり ( \_\_\_\_\_ 本/日 • 現在は吸っていない)
- 性交渉経験   □あり    □なし
- 今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか  
 □なし                      □喘息 (気管支喘息・小児・その他                      最終発作【 \_\_\_\_\_ 頃])  
 □子宮筋腫                  □子宮内膜症                  □腺筋症                  □卵巣のう腫 (チョコレートのお腫・テルモイド等)  
 □がん ( \_\_\_\_\_ )                  □糖尿病                  □高血圧  
 □消化器疾患 ( \_\_\_\_\_ )                  □心臓病                  □肝臓病  
 □腎臓病                      □甲状腺疾患 (機能亢進症・機能低下症)  
 □精神疾患 ( \_\_\_\_\_ )                  □感染症 (HIV・梅毒・B型肝炎・C型肝炎)  
 □その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 □手術の経験はありますか  
     (主な病気 \_\_\_\_\_                      手術名 \_\_\_\_\_                      歳の時)
- 現在内服中のお薬 (サプリメント・漢方を除く) はありますか  
     (薬品名 \_\_\_\_\_ )
- サプリメント・漢方を内服していますか  
     (薬品名 \_\_\_\_\_ )
- 注射や内服薬で副作用・アレルギーを経験したことはありますか  
 □なし                  □あり (注射・薬品名 \_\_\_\_\_ )

**6. ご主人の健康状態についてお尋ねします**

- 喫煙歴    □なし    □あり ( \_\_\_\_\_ 本/日 • 現在は吸っていない)
- 病歴 (主な病気 \_\_\_\_\_                      歳の時)
- 身長 \_\_\_\_\_ cm                      • 体重 \_\_\_\_\_ kg (お分かりになる範囲でお願いします)

**お分かりになる範囲で結構ですので今まで受けられた検査治療・検査に☑と○印で経過のご記入をお願いします**

検査内容	検査日	実施施設	検査結果	
<input type="checkbox"/> ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> 卵管造影			異常なし	異常あり (卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 通水検査			異常なし	異常あり (卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査			異常なし	異常あり (ポリペク実施・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 精液検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> ヒューナー検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> クラミジア検査			異常なし	異常あり (内服済み・未治療)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査			異常なし	異常あり (治療済み・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 不育症検査			異常なし	異常あり (妊娠後治療必要あり・なし)

治療内容

- タイミング    \_\_\_\_\_ 回    最後に施行した日    \_\_\_\_\_ 年    \_\_\_\_\_ 月
- 人工授精        \_\_\_\_\_ 回    最後に施行した日    \_\_\_\_\_ 年    \_\_\_\_\_ 月

ご記入ありがとうございました

**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・ゾット法・ロング法 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・ゾット法・ロング法 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・ゾット法・ロング法 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・ゾット法・ロング法 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・ゾット法・ロング法 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