

不妊外来問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
妻 氏名		夫(パートナー) 氏名	
生年月日	年 月 日生(歳)	生年月日	年 月 日生(歳)
職業		職業	
携帯番号		携帯番号	
連絡可能なお時間 <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> : ~ :			
連絡先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話(自宅番号) 留守電 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG			
現住所 〒			
☆住民票の住所と現住所が異なる場合は下記にご記入ください 〒			
緊急連絡先(お二人以外)TEL: (職場・実家・父の携帯・母の携帯・他())			

★ 受診予約・検査・その他、緊急を要する場合など、こちらから連絡する場合があります。

そのため、必ず連絡が取れる電話番号のご記入をお願いします。

★ 住所・電話番号・保険証などの変更がございましたら必ず受付までお申し出ください。

<受診理由> <input type="checkbox"/> 不妊症治療 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 融解胚移植 <input type="checkbox"/> 不育症検査 <input type="checkbox"/> その他()	
<妻> 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型(RH + -) 喫煙歴 なし・あり(本/日 年) 禁煙した(いつ: 年 喫煙年数 年)	<夫(パートナー)> 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型(RH + -) 喫煙歴 なし・あり(本/日 年) 禁煙した(いつ: 年 喫煙年数 年)
<結婚歴> <input type="checkbox"/> 結婚(H・R 年 月) <input type="checkbox"/> 離婚(H・R 年 月) <input type="checkbox"/> 再婚(H・R 年 月) <input type="checkbox"/> 事実婚(同居・別居) <input type="checkbox"/> 結婚予定(R 年 月)	
<同居家族> 本人・夫(パートナー)・子ども(人)・義父・義母・父・母・()	
<不妊期間> _____ 年 _____ 月 ※同居家族に○をつけてください	
<月経> 最終月経 : _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間) その前の月経 : _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間) 初潮 : _____ 歳 周期(月経が始まった日から次の月経があるまで) <input type="checkbox"/> 順調(_____ 日周期) <input type="checkbox"/> 不順(_____ 日から _____ 日)	
<妊娠歴> <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある (あるの方は詳細を下記にご記入ください) _____ 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) 出産施設() <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療妊娠(タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精) _____ 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) 出産施設() <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療妊娠(タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精) _____ 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) 出産施設() <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療妊娠(タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精) ※出産施設名をご記入ください <input type="checkbox"/> にチェックし当てはまる項目に○をつけてください	

<病気・手術> これまでに病気や手術をしたことがありますか ない ある (あるの方は詳細を下記にご記入ください)

【婦人科】子宮筋腫 卵巣チョコレート嚢胞 子宮腺筋症

その他()

現在治療中 なし・あり(病名:)

_____歳の時 (治療経過:)

<生活習慣>

- ・食事は規則正しくとっていますか はい いいえ
- ・飲酒の習慣はありますか はい(毎日・週2~3回・時々) いいえ
- ・アレルギーはありますか 薬剤 ない ある()
- 食品 ない ある()
- その他 ない ある()
- ・現在内服中の薬はありますか ない ある()
- ・サプリメント・漢方の服用はありますか ない ある()
- ・体重が急激に増減したことがありますか ない ある(年 歳の頃)
- ・ストレスを感じやすいと思いますか はい いいえ
- ・悩みやストレスはありますか ()
- ・治療のことをどなたかに話していますか いいえ はい(下記に○をつけてください)
- 夫・父・母・義父・義母・その他()
- ・現在の性生活 ない あり(ヶ月 回)・(週間 回)

<パートナー>

- ・お二人で妊娠・出産(それに伴う検査・治療)について話しますか はい いいえ
- ・夫(パートナー)は不妊治療や検査に協力的ですか はい いいえ
- ・夫(パートナー)は平日に来院することは出来ますか はい いいえ

<過去の治療> これまで他院で不妊治療 検査を受けたことがありますか ない ある

タイミング _____回 最後に施行した日_____年 月(施設名)

人工授精 _____回 最後に施行した日_____年 月(施設名)

体外受精 _____回 最後に施行した日_____年 月(施設名)

顕微授精 _____回 最後に施行した日_____年 月(施設名)

胚移植 _____回 最後に施行した日_____年 月(施設名)

※体外受精・顕微授精・融解胚移植に関しては別紙に詳細を必ずご記入ください

<過去の検査>	検査内容	検査日	実施施設	検査結果
<input type="checkbox"/>	子宮頸癌検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり(治療済・経過観察中)
<input type="checkbox"/>	ヒトパピロマウイルス			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり(治療済・経過観察中)
<input type="checkbox"/>	ホルモン検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
<input type="checkbox"/>	卵管造影			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり(卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/>	通水検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり(卵管狭窄・卵管閉塞)
<input type="checkbox"/>	子宮鏡検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり(手術実施・経過観察中)
<input type="checkbox"/>	精液検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
<input type="checkbox"/>	ヒューナ-検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
<input type="checkbox"/>	クラミジア検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり(内服済・未治療)
<input type="checkbox"/>	不育症検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり(妊娠後治療必要有・無)

※ご記入ありがとうございました 取得した個人情報は当院の個人情報保護規定の利用目的以外には使用致しません

体外受精・顕微授精治療歴

不妊治療が保険適用となりましたが、年齢と回数に制限があります。治療歴の詳細が必ず必要となります。

氏名： _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	採卵	移植	保険	移植実施施設名	妊娠	出産
例	(アンタゴニスト法)	1 (新鮮) 凍結 2020.1.15		〇〇〇レディースクリニック		
	2020年 1月 10日	2 2020.2.10		〇〇〇レディースクリニック	○	○
	採卵 7 個	3 2021.3.5		〇〇〇レディースクリニック		
	体外受精 3 個	4 2022.5.31	○	〇〇〇レディースクリニック		
	顕微授精 4 個	5				
	凍結胚 3 個	6				
1	(_____ 法)	1 新鮮・凍結				
	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日	2				
	採卵 _____ 個	3				
	体外受精 _____ 個	4				
	顕微授精 _____ 個	5				
	凍結胚 _____ 個	6				
2	(_____ 法)	1 新鮮・凍結				
	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日	2				
	採卵 _____ 個	3				
	体外受精 _____ 個	4				
	顕微授精 _____ 個	5				
	凍結胚 _____ 個	6				
3	(_____ 法)	1 新鮮・凍結				
	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日	2				
	採卵 _____ 個	3				
	体外受精 _____ 個	4				
	顕微授精 _____ 個	5				
	凍結胚 _____ 個	6				
4	(_____ 法)	1 新鮮・凍結				
	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日	2				
	採卵 _____ 個	3				
	体外受精 _____ 個	4				
	顕微授精 _____ 個	5				
	凍結胚 _____ 個	6				
5	(_____ 法)	1 新鮮・凍結				
	20 _____ 年 _____ 月 _____ 日	2				
	採卵 _____ 個	3				
	体外受精 _____ 個	4				
	顕微授精 _____ 個	5				
	凍結胚 _____ 個	6				