

問 診 票

初めて診察を受ける方へ以下の質問にお答えください。

〒	-	住所				
フリガナ						
氏名	生年月日	昭・平	年	月	日生	歳
TEL	-	-	携帯	-	-	職業
e-mail						国籍

当院をどこでお知りになりましたか。

- 近所に住んでいる
- インターネット
- 医師の紹介()
- 駅看板(駅)
- ホームページを何でお知りになりましたか。
- 電柱広告
- 検索サイト(Yahooなど)
- 不妊掲示板など
- 知人の紹介()
- 雑誌等
- 広告などのアドレスより
- その他()

以下の質問にお答え下さい。あてはまるものには✓印、または文字か数字を記入して下さい。

I、不妊治療以外で気になる事があればお書き下さい。

- 月経周期が不順
- 月経痛(生理痛)がひどい
- その他 []

II、あなたの月経についてお答え下さい。

- 1、初めてあった月経(初経)はいつですか? [] 歳
- 2、月経は順調ですか? はい [] 日周期
 いいえ 早くて [] 日、遅くて [] 日で来ます。
- 3、月経は何日間続きますか? [] 日間ぐらい続く
- 4、月経の量は? 普通 多い(血のかたまりが出る) 少ない
- 5、月経(生理)痛はありますか? はい 頭 下腹 腰 その他 が痛い
 いいえ
- 6、一番最近の月経はいつでしたか? [] 月 [] 日から [] 日間
- 7、その前の月経はいつでしたか? [] 月 [] 日から [] 日間

III、ご家族についてお答え下さい。

- ご父様は [] 歳 健 病() 死()
- ご母様は [] 歳 健 病() 死()
- ご兄弟は [] 歳 健 病() 死()
- ご兄弟は [] 歳 健 病() 死()

Ⅷ、以下の質問についてお答え下さい。

- 1、あなたの身長と体重をお書き下さい 身長 cm 体重 kg
- 2、結婚してから何年たちますか？ 年
- 3、いつからご夫婦で妊娠を目指しましたか？ 年 月から
- 4、今までに妊娠したことはありますか？ はい いいえ
 ある場合には、その妊娠から現在までの期間をお書き下さい 年 ヶ月
- 5、今まで、排卵日頃に性交渉をもつようにはしてきましたか？
 ほとんど常に たまに 全然気にしないで
- 6、基礎体温表はつけてますか？ はい 以前はつけていた
 いいえ
- 7、体毛が濃いほうだと思いますか？ はい いいえ
- 8、急に体重が増えたり、減ったりしたことがありますか？ はい いいえ
 ↳ kg 増えた 減った
- 9、たばこは吸いますか？ はい (本/day) いいえ
- 10、乳房を押すと乳汁が出たりしますか？ はい いいえ
- 11、当院にいらっしゃる以前に他の病院で不妊治療をしたことはありますか？(夫婦共に)
 はい
 施設名() 通院期間 年 月より 年 月まで
 いいえ

“11”の質問に “はい”とお答えになった方のみ以下の質問にお答え下さい。

- 12、不妊症検査の代表的なものを表にしてみました。以前受けたことのある検査があれば、記入して下さい。

検査名	施行年月日	施設名	結果
精液検査	年 月		異常 なし あり()
子宮卵管造影	年 月		異常 なし あり()
ホルモン検査	年 月		異常 なし あり()
内膜診	年 月		異常 なし あり()
内視鏡	年 月		異常 なし あり()
フーナーテスト	年 月		異常 なし あり()

- 13、卵管通気、卵管通水の検査を受けたことはありますか？
 はい 施設名() 回
 いいえ

IV、これまでの病歴・アレルギーについてお答えください。

時期	病歴・治療の有無	薬剤や食物のアレルギー	症状
年 歳	(現在治療 有・無)		
年 歳	(現在治療 有・無)		
年 歳	(現在治療 有・無)		

V、結婚についてお答え下さい。

- 1、結婚していますか？ …… はい いいえ …… 婚約中 事実婚 離婚 パートナーと同一世帯ではない方はこちらにもチェックをしてください
- 2、ご主人の年齢、ご職業は？ …… 年齢 歳 職業 ()
- 3、ご主人は現在健康ですか？ …… はい いいえ 病名は？ ()
- 4、ご主人は過去に大きな病気をしたことがありますか？ …… はい 病名は？ () いいえ

VI、性交渉、妊娠、分娩についてお答え下さい。

- 1、性交渉(セックス)の経験はありますか？ …… はい いいえ
- 2、妊娠したことはありますか？ …… はい いいえ

VII、妊娠したことのある方は、その経過についてお答え下さい。

※【転記種類】には以下の 1 ~ 6 の番号から選択してください。

1、分娩 / 2、流産 / 3、化学流産 / 4、異所性妊娠 / 5、胎状奇胎 / 6、人工中絶

妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	妊娠した施設	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 特になし
日付	転記種類	週数	分娩方法
年齢		性別	備考
			お子様の状態
		出産児体重	分娩施設名

<< 記入例 >>

妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input checked="" type="checkbox"/> 体外受精	妊娠した施設	<input checked="" type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 特になし
202年 5月	1	41 週	<input checked="" type="checkbox"/> 経膈分娩
35歳の時	男・女		<input type="checkbox"/> 帝王切開(緊急・既往)
		出産児体重: 3,000 g	通常分娩
			<input checked="" type="checkbox"/> 健康
			<input type="checkbox"/> その他()
			白井医院

妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	妊娠した施設	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 特になし
年 月		週	<input type="checkbox"/> 経膈分娩
歳の時	男・女		<input type="checkbox"/> 帝王切開(緊急・既往)
		出産児体重: g	
			<input type="checkbox"/> 健康
			<input type="checkbox"/> その他()

妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	妊娠した施設	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 特になし
年 月		週	<input type="checkbox"/> 経膈分娩
歳の時	男・女		<input type="checkbox"/> 帝王切開(緊急・既往)
		出産児体重: g	
			<input type="checkbox"/> 健康
			<input type="checkbox"/> その他()

妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	妊娠した施設	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 特になし
年 月		週	<input type="checkbox"/> 経膈分娩
歳の時	男・女		<input type="checkbox"/> 帝王切開(緊急・既往)
		出産児体重: g	
			<input type="checkbox"/> 健康
			<input type="checkbox"/> その他()

妊娠方法	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	妊娠した施設	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 特になし
年 月		週	<input type="checkbox"/> 経膈分娩
歳の時	男・女		<input type="checkbox"/> 帝王切開(緊急・既往)
		出産児体重: g	
			<input type="checkbox"/> 健康
			<input type="checkbox"/> その他()

14、不妊症の治療として**投薬・注射**をしたことがありますか？

- はい 排卵誘発剤 黄体ホルモン剤 漢方薬 不明
 HCG カウフマン
 その他()
- いいえ

15、他院で自己注射指導されたことはありますか？

- はい
- いいえ

16、**タイミング療法**をしたことがありますか？

- はい 施設名() 回
- いいえ

17、**人工授精**をしたことはありますか？

- はい 施設名() 回
- いいえ

18、**採卵**をしたことがありますか？

- はい 施設名() 回
- いいえ

19、これまでに**保険診療で新鮮胚移植・融解胚移植**をしたことがありますか？

保険診療で胚移植後に出産があった場合は、直近の出産後の胚移植回数をご記入ください

- はい 施設名() 回
- いいえ

IX、どの様な治療を希望しますか？以下から1つお選びください。

- 検査から系統的に受けたい
- タイミング療法から治療を希望
- 人工授精から治療を希望
- ART法(体外受精・顕微授精)の治療を希望
- 凍結受精卵の融解胚移植を希望 → 凍結胚は、 当院 他院
- 人工授精で授かれなかった場合は、治療方針について要相談
- セカンドオピニオンを希望
- その他

具体的にあれば、記入してください。

[]