

問診票

ふりがな

本人氏名： _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

職業： _____ 勤務時間帯： _____ ~ _____ 出身国：日本・他（ _____ ）

住所：〒 _____

自宅電話番号： _____ 携帯電話： _____ ・携帯所持なし _____

お願い

重要な連絡事項が生じた場合に、クリニックから連絡をさしあげる場合があります。

緊急の連絡先をご自身以外で2ヶ所ご記入下さい。携帯電話でも自宅・職場でも可能です。

- ① 連絡先の名前 _____ ご関係 _____ 電話番号 _____
*連絡時は（ クリニック名で ・ 個人名「小嶋」で ） 内容を伝えてもいいか（ 可 ・ 不可 ）
- ② 連絡先の名前 _____ ご関係 _____ 電話番号 _____
*連絡時は（ クリニック名で ・ 個人名「小嶋」で ） 内容を伝えてもいいか（ 可 ・ 不可 ）

★記入できないところは空欄で結構です。問診用紙は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

◎以下の項目についてお答え下さい

- (1) 結婚の有無： 既婚 ・ 未婚 ・ 婚約中 ・ 内縁関係
- (2) 離婚歴の有無： 妻 （ なし ・ あり [お子さん：あり 人 同居・別居 ・ なし] ）
夫 （ なし ・ あり [お子さん：あり 人 同居・別居 ・ なし] ）
- (3) 結婚年月：西暦 _____ 年 _____ 月 (4) 結婚年齢：妻 _____ 歳 夫 _____ 歳
- (5) 挙児希望期間： _____ 年 _____ カ月
- (6) 避妊期間：（ なし ・ あり [西暦 _____ 年 _____ 月～西暦 _____ 年 _____ 月まで] ）
- (7) 夫婦生活（性交）の回数：1ヶ月に _____ 回・ Sex L e s s)
- (8) 基礎体温をつけていますか：（ はい [2相性ですか： はい ・ いいえ ・ 不明] ・ いいえ ）

◎月経について

- (1) 一番最近の月経は（ ）月（ ）日～（ ）日間 本日月経（ ）日目
- (2) 初経（ ）歳
- (3) 周期（ ）～（ ）日型（ 規則的 ・ 不規則 ）
- (4) 出血持続期間（ ）日間 (5) 出血量（ 多い ・ 普通 ・ 少ない ）
- (6) 月経痛（ 強い「鎮痛剤使用あれば薬品名： _____ 」 ・ 普通 ・ 弱い ）

◎健康状態について

- (1) 身長：_____ cm 体重：_____ kg (2) 血液型： _____ 型 Rh（ ）
- (3) たばこを吸いますか：（ いいえ・はい「1日 _____ 本」）
- (4) アルコールは飲みますか：（ いいえ ・ 機会飲酒 ・ 週2-3回 ・ 週4回以上 ）
*「いいえ」と答えた方に伺います。アルコールは飲めますか？（飲める・少し飲める・まったく飲めない）
- (5) 性交の経験はありますか：（ はい ・ いいえ ）
- (6) 過去に婦人科で内診をうけたことがありますか：（ はい ・ いいえ ）

*「はい」と答えた方に伺います。筋腫・ポリープ・内膜症等を指摘されたことはありますか：（はい・いいえ）

◎病気や手術について

- (1) 頭痛もちですか：（ はい ・ いいえ ）
*「はい」と答えた方に伺います。医師から片頭痛と診断を受けましたか：（ はい ・ いいえ ）
前兆はありますか：（ はい [症状： _____] ・ いいえ ）

(2) 現在、他の病院に通院していますか：(はい ・ いいえ)

病名 () (歳～) 治療内容、薬 () 病院名 () 妊娠許可 (有・無)

病名 () (歳～) 治療内容、薬 () 病院名 () 妊娠許可 (有・無)

(3) 今までに指摘された病気について手術・入院なども含め治療内容を記入ください。

病名	発症年齢・手術なら実施日	手術・入院・治療内容・経過観察など	病院名

(4) 輸血を受けたことがありますか：(ない ・ ある「状況」)

(5) サプリメントの服用はありますか：(ない ・ ある「商品名」)

(6) これまでにけいれん発作がおきたことがありますか：(ない ・ ある「状況」)

(7) ご家族(実父母)に病気の方がいますか：(はい [詳細(例)父：肺癌] ・ いいえ)

(8) アレルギーはありますか：

(ない ・ ある「薬剤 ・ 食べ物(ピーナッツ,その他)・ゴム(ラテックス)・その他：」)
(薬剤名やアレルギー物質名と症状)

(9) 採血や注射時に消毒をする際に使用するアルコール綿で皮膚が赤くなったり、痒くなったことはありますか：(ない ・ ある)

(10) 子宮がん検診を受けたことはありますか：(はい ・ いいえ) ※結果あれば持参ください
直近に受けた検診：西暦 年 月頃 (病院) (結果は、異常なし ・ 異常あり)(11) 風疹の抗体検査を受けたことはありますか：(はい ・ いいえ) ※結果あれば持参ください
検査日：西暦 年 月頃 (病院) (結果は、抗体あり・抗体なし(ワクチンを接種した)・抗体なし)

◎ 妊娠・分娩歴について

今までに妊娠・分娩したことがありますか：(ある ・ ない)

* 「ある」と答えられた方は該当項目に○をつけ、経過や治療内容を詳しく記入して下さい。

年月	妊娠週数 又は月数	経過	出生体重 性別	流産の状態	妊娠 方法	病院名
1. 年 月 (歳)	週 (カ月)	出産(経膈・帝切)・早産・流産 死産・子宮外妊娠・中絶	男 g 女	妊娠反応のみ・胎のう見えた 胎児みえた・心拍見えた	自然妊娠 不妊治療	
2. 年 月 (歳)	週 (カ月)	出産(経膈・帝切)・早産・流産 死産・子宮外妊娠・中絶	男 g 女	妊娠反応のみ・胎のう見えた 胎児みえた・心拍見えた	自然妊娠 不妊治療	
3. 年 月 (歳)	週 (カ月)	出産(経膈・帝切)・早産・流産 死産・子宮外妊娠・中絶	男 g 女	妊娠反応のみ・胎のう見えた 胎児みえた・心拍見えた	自然妊娠 不妊治療	

◎今まで受けた検査があれば記入してください ※データがあれば持参ください

●ホルモン検査(採血)	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり
●子宮卵管検査	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり(右卵管・左卵管)
●フーナーテスト	検査日：西暦 年 月	良好・普通・不良
●精液検査	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり(詳細)
●腹腔鏡	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり(状態)
●クラミジア抗体検査	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり(放置、治療した)
●子宮鏡	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり(詳細)
●AMH	検査日：西暦 年 月	検査結果 () ng/ml
●不育症検査	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり(詳細)
●ERA/EMMA/ALICE	検査日：西暦 年 月	異常なし・異常あり(詳細)

◎今までに不妊治療をされた方は記入してください

病院名と不妊治療期間	治療内容
病院名 _____ 西暦 年 月から 西暦 年 月まで	<input type="checkbox"/> タイミング療法(____周期) <input type="checkbox"/> 人工授精(____周期)[誘発剤使用：なし・あり 回] <input type="checkbox"/> 採卵____回 <input type="checkbox"/> 移植____回(新鮮胚移植____回 融解胚移植____回)
病院名 _____ 西暦 年 月から 西暦 年 月まで	<input type="checkbox"/> タイミング療法(____周期) <input type="checkbox"/> 人工授精(____周期)[誘発剤使用：なし・あり 回] <input type="checkbox"/> 採卵____回 <input type="checkbox"/> 移植____回(新鮮胚移植____回 融解胚移植____回)
病院名 _____ 西暦 年 月から 西暦 年 月まで	<input type="checkbox"/> タイミング療法(____周期) <input type="checkbox"/> 人工授精(____周期)[誘発剤使用：なし・あり 回] <input type="checkbox"/> 採卵____回 <input type="checkbox"/> 移植____回(新鮮胚移植____回 融解胚移植____回)

※採卵・移植の経験がある方は次のページで詳細を記入ください。

◎これまでに妊娠が難しいと思われる理由について

該当する項目に○をつけて下さい。

説明を受けていない 原因不明 子宮内膜症 抗精子抗体 卵管の状態が悪い 精子の状態が悪い
卵子の質が悪い 受精卵の質が悪い 着床が難しい 年齢 その他 ()

◎今後の治療について伝えておきたいことなどありましたらお書きください

(準備でき次第すぐ治療希望 ・ 他[])

◎ ご主人についてお伺いします

ふりがな

ご主人氏名： _____ 生年月日：西暦 年 月 日 歳

職業： _____ 勤務時間帯： _____ ～ _____ 出身国：日本・他 ()

夜勤 (なし・あり [頻度： _____]) 出張 (なし・あり [頻度： _____])

(1) 健康状態について

①たばこを吸いますか：(いいえ・はい 1日 本 [家庭内喫煙：あり・なし])

②アルコールは飲みますか：(いいえ ・ 機会飲酒 ・ 週 2-3回 ・ 週 4回以上)

③勃起障害や射精障害はありますか：(なし ・ ある)

(2) 現在、他の病院に通院してありますか。：(はい ・ いいえ)

病名 () (歳～) 治療内容、薬 () 病院名 ()

病名 () (歳～) 治療内容、薬 () 病院名 ()

(3) 今までに指摘された病気について手術・入院なども含め治療内容を記入ください。

病名	発症年齢・手術なら実施日	手術・入院・治療内容・経過観察など	病院名

(4) サプリメントの服用・育毛剤の使用はありますか：(ない ・ ある「商品名 _____」)

(5) ご主人は治療についてどのようにお考えでしょうか： (協力的 ・ 非協力的 ・ どちらでもない)

※採卵・移植の経験がある方は次のページの記入をお願いします。

◎体外受精、顕微授精を受けられたことがある方は記入してください

<採卵・新鮮胚移植について>

(1) 時系列でご記入ください

	採卵日	誘発方法	受精方法	採卵数	受精数	新鮮胚移植数	凍結個数 ・時期	保険 自費
1	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> アンタゴ <input type="checkbox"/> PPOS <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> スプリット	個	個	移植 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 移植数____個 (分割期・胚盤胞)	個 (分割期 胚盤胞)	保険 自費
2	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> アンタゴ <input type="checkbox"/> PPOS <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> スプリット	個	個	移植 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 移植数____個 (分割期・胚盤胞)	個 (分割期 胚盤胞)	保険 自費
3	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> クロミッド <input type="checkbox"/> ロング <input type="checkbox"/> ショート <input type="checkbox"/> アンタゴ <input type="checkbox"/> PPOS <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> スプリット	個	個	移植 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 移植数____個 (分割期・胚盤胞)	個 (分割期 胚盤胞)	保険 自費

※4回目以上ある方はメモ等に記載し、来院時に提出下さい。

(2) 排卵誘発による副作用はありましたか：(なし ・ あり)

*「あり」と答えられた方は該当項目に○をつけてください

体重増加 卵巣腫大 腹水 入院した 他 ()

<融解胚移植について>

(1) 時系列でご記入ください

	融解胚移植日	内膜調整法	移植数・段階	保険・自費
1	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期	移植数 個 (初期胚 ・ 胚盤胞)	保険 自費
2	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期	移植数 個 (初期胚・胚盤胞)	保険 自費
3	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期	移植数 個 (初期胚・胚盤胞)	保険 自費
4	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期	移植数 個 (初期胚 ・ 胚盤胞)	保険 自費
5	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期	移植数 個 (初期胚 ・ 胚盤胞)	保険 自費
6	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期	移植数 個 (初期胚 ・ 胚盤胞)	保険 自費

※7回目以上ある方はメモ等に記載し、来院時に提出下さい。

<保険治療による生殖補助医療について>

保険適用で体外受精、顕微授精、融解胚移植をしたことがありますか：(ある ・ ない)

*「ある」と答えた方にお聞きします。★初回生殖補助医療算定日(初めて治療を開始した日)が分かれば教えてください。

西暦 _____ 年 月 日 (_____ 病院) (当時の年齢 _____ 歳)