

問診表



初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID: _____

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 身長: _____ cm 体重: _____ kg

住所: 〒 _____

生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先: TEL _____ - _____ - _____ (携帯 _____ - _____ - _____)

職業:

パートナー氏名: _____ 年齢: _____ 歳

生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

職業:

★本日はどのようなことで来院されましたか。

- 不妊の相談 妊娠を希望されてどのくらいの期間が経過していますか _____ 年 _____ ヶ月
- 体外受精・顕微授精相談 不育症・習慣流産の相談 (妊娠するが流産となる等)
- 卵子凍結 (今後の妊娠に向けて) ブライダルチェック 美容相談
- セカンドオピニオン (不妊治療相談)
- その他 (_____)

★結婚についてお答えください。

- 結婚 (_____ 年 _____ 月) 離婚 (_____ 年 _____ 月) 再婚 (_____ 年 _____ 月)
- 未婚 (_____ 年 _____ 月結婚予定)

★妊娠についてお答えください

妊娠分娩歴: 妊娠 () 回 / 分娩 () 回・流産 () 回・人工妊娠中絶 () 回

※妊娠歴がある方は詳しくお答えください。妊娠歴が4回以上ある方は余白に記載してください。

- ①平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 不妊治療の有無: 無・有 (_____)
(正常産・異常産 (_____)・自然流産 (_____ 週)・人工流産・子宮外妊娠)
- ②平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 不妊治療の有無: 無・有 (_____)
(正常産・異常産 (_____)・自然流産 (_____ 週)・人工流産・子宮外妊娠)
- ③平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 不妊治療の有無: 無・有 (_____)
(正常産・異常産 (_____)・自然流産 (_____ 週)・人工流産・子宮外妊娠)

★最終の子宮頸がん検診はいつですか。

- 未施行 あり (_____ 年 _____ 月)

★月経についておたずねします。

初経_____歳

月経周期：____~____日周期（規則的・不規則） / 月経量：普通・少量・多量

月経痛：なし・弱い・強い（下腹部痛・腰痛・その他_____） / 鎮痛剤内服（なし・あり）

基礎体温を付けたことがありますか？（あり・なし）

ありの場合：二相性・一相性・不明

★今まで、産婦人科の病気を指摘されたことはありますか。

なし

子宮筋腫 子宮内膜症 子宮腺筋症 卵巣チョコレート嚢腫（右・左・両側）

子宮頸癌検診異常 クラミジア感染 婦人科悪性腫瘍 その他（_____）

*上記に対し行った治療： なし 経過観察のみ 薬物療法（_____）

手術（_____）

ありの場合（病院名_____ 服用中の薬_____）

*手術を受けたことがありますか。： なし あり

ありの場合（ 年 月、手術名_____）

（ 年 月、手術名_____）

★現在、もしくは過去に大きな病気・手術等をされましたか。

なし

喘息（気管支喘息・小児喘息 最終発作_____年_____月頃 吸入器使用した）

咳喘息 がん（_____（_____）歳の時）

てんかん（内服薬_____最終発作_____年_____月頃）

糖尿病 高血圧 消化器疾患 甲状腺疾患（機能亢進症・機能低下症）

心臓疾患 肝臓疾患 腎臓疾患

精神疾患（_____）

感染症（HIV・梅毒・B型肝炎・C型肝炎） その他（_____）

★アレルギーについておたずねします。

*薬剤アレルギー なし あり：（薬品名_____）

*食物アレルギー なし あり：（食品名_____）

*アルコール綿の使用 可 不可

*その他アレルギー あり：（_____）

★パートナー様についておたずねします。

喫煙者 非喫煙者 身長：_____cm 体重：_____kg

*現在治療中の病気はありますか？

なし あり：（疾患名_____ 治療内容_____）

*泌尿器科系の疾患はありますか？

なし あり：（疾患名_____）

★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・治療を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			
<input type="checkbox"/> 子宮鏡			
<input type="checkbox"/> 卵管造影			
<input type="checkbox"/> 精液検査			
<input type="checkbox"/> 不妊症検査			
<input type="checkbox"/> 反復着床不全の検査			

治療内容

- タイミング療法 (回) 最終治療日 (年 月)
- 人工授精 (回) 最終治療日 (年 月)

★今までに、高度生殖医療を受けられたことがある方は下記を記入してください。

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

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵1回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・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				

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵2回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・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				

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵3回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・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					

治療歴	施設名	卵巣刺激	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
採卵4回目 年 月		自然・ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法・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					