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：西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　ご職業：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

メールアドレス：＿＿

パートナー氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿歳　来院歴：あり ・ なし

生年月日：西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿日　ご職業：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★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 ☐ 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）

☐ 婚約中（＿＿＿＿年＿＿月結婚予定）　☐ 未婚

★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 5 回以上ある方は余白に記載してください。

①西暦　　年　　月　　日 妊娠　　週　　g 男・女　正常・帝王切開（病院名　　）

②西暦　　年　　月　　日 妊娠　　週　　g 男・女　正常・帝王切開（病院名　　）

③西暦　　年　　月　　日 妊娠　　週　　g 男・女　正常・帝王切開（病院名　　）

④西暦　　年　　月　　日 妊娠　　週　　g 男・女　正常・帝王切開（病院名　　）

★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　　一番最近の月経は＿＿＿＿月＿＿＿＿日から＿＿＿＿月＿＿＿＿日まで
月経は何日続きますか？＿＿＿＿＿＿日間
月経周期：＿＿＿～＿＿＿日周期（規則的・不規則）
月経量：少量 ・ 普通 ・ 多量　　血のかたまり（あり・なし）
月経痛：なし ・ 弱い ・ 強い（下腹部痛・頭痛・腰痛）　　鎮痛薬内服（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
性交経験ありますか？（あり・なし）

★今まで、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（　　）
☐ありの場合（＿＿＿年＿＿月、手術名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

★現在内服中（飲んでいる）のお薬を教えて下さい。（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

★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　☐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（クラミジア・B 型肝炎・C 型肝炎・梅毒）　☐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
＊その他のアレルギー　　☐なし　☐あり：（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

★タバコを吸いますか？　　吸わない・吸う（＿＿＿本/日×＿＿＿年）

★お酒を飲みますか？　　飲まない・飲む（＿＿＿合/日×＿＿＿年）

★パートナー様についておたずねします。
身長：＿＿＿＿cm　体重：＿＿＿kg
タバコは吸いますか？　　吸わない・吸う（＿＿＿本/日×＿＿＿年）
＊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・治療をご記入お願いします。

検査内容	検査日	実施施設	検査結果
□ ホルモン検査			
□ 子宮鏡			
□ 卵管造影			
□ 精液検査			
□ 不育症検査			
□ 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					

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時マイナ保険証なし）3 点、（初診時医療情報取得あり）1 点