

## 問 診 票

記入日

(ふりがな)

**妻 氏名**

生年月日 年 月 日(歳)

職 業

身 長： cm 体 重： kg

(ふりがな)

**夫 氏名**

生年月日 年 月 日(歳)

職 業

身 長： cm 体 重： kg

当クリニックは診療情報を取得・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。

同意された患者様に対し、薬剤情報、特定健診情報、高額療養費制度等の診療情報を取得・活用して診療を行います。マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（はい・いいえ）

**1.受診理由（複数回答可）**

- ・子供が欲しい（第1子希望・第2子希望）
- ・性交ができない（勃起不全・射精しない）
- ・セカンドオピニオン
- ・流産を繰り返す
- ・性交経験がない
- ・その他（ ）
- ・月経が来ない
- ・不正出血がある

**2.当院で希望する治療は何ですか？**

- ・タイミング療法
- ・人工授精
- ・体外受精
- ・顕微授精
- ・カウンセリング
- ・その他（ ）

**3.月経について**

- ・初経年齢： 歳
- ・月経周期： 日（順・不順）
- ・月経痛：（なし・軽い・重い）
- ・出血量：（少量・中等量・多量）
- ・本日月経 日目（最終月経 年 月 日より、出血 日間持続）

**4.結婚について**

- ・結婚年齢： 歳（初婚： 年 月）（離婚： 年 月）（再婚： 年 月）
- ・現在： 入籍済・婚約中・事実婚・独身
- ※前パートナーとの間の妊娠の有無： ある・ない

**5.避妊期間はありますか？**

- ・ない
- ・ある（ 年 月～ 年 月の ケ月間・ 年間）

**6.妊娠を希望してからどれくらいの期間が経過していますか？**

- ・（ 年 ケ月）

**7.妊娠したことありますか？**

- 1) 年 歳の時（経産分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死亡）妊娠 週（男・女 g）
- 2) 年 歳の時（経産分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死亡）妊娠 週（男・女 g）
- 3) 年 歳の時（経産分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死亡）妊娠 週（男・女 g）

**8.今まで病気や手術をしたことがありますか？（婦人科以外も含めて）**

- ・ない
- ・ある（病気： ）
- （手術： ）

**9.子宮がん検診を受けたことがありますか？**

- ・ない
- ・ある（ 年 月 結果： ）

**10.喘息の診断を受けたことがありますか？**

- ・ない
- ・ある → 発症（ 年 月頃）/現在治療 ない・ある / 最終発作（ 年 月頃）

## 11.アレルギーはありますか？

- ・薬物アレルギー ない ・ある（薬または注射名：）
- ・その他のアレルギー ない ・ある（）

## 12.現在、使用している薬はありますか？

- ・ない ・ある（薬名：）

## 13.タバコは吸いますか？（電子タバコも含みます）

- ・吸わない ・吸っている（本/日）

## 14.ご主人について

- ・今まで病気や手術をしたことがありますか？

・ない ・ある（病気： 手術：）

- ・アレルギーはありますか？

・ない ・ある（）

- ・タバコは吸いますか？（電子タバコも含みます）

・はじめから吸わない ・禁煙した ・吸っている（本/日）

\*今まで不妊症の検査や治療を受けたことがある方はお答えください\*

## 1.下記検査を受けたことがありますか？

- ・子宮鏡検査：正常 ・異常（詳細：）
- ・子宮卵管造影検査：右（正常 ・閉塞 ・狭窄 ・癒着 ・卵管水腫 ・その他）  
左（正常 ・閉塞 ・狭窄 ・癒着 ・卵管水腫 ・その他）
- ・精液検査：正常 ・異常

## 2.今までどのような治療をしましたか？

- ・タイミング療法 ない ・ある（周期）
- ・人工授精 ない ・ある（周期）
- ・体外受精/顕微授精 ない ・ある

「ある」と答えた方は下の表に記入をお願いします

採卵年月日（西暦）	卵巣刺激法		採卵数	移植済胚数	移植日（西暦）	分割卵／胚盤胞	移植胚数	妊娠の有無		
1. 年 月 日 治療施設名 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法	hCG注射使用	個	個	/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> ショート法	あり・なし			/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> アンタゴニスト法		受精卵数	凍結保存中胚	/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（クロミッド等）				/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> 自然周期				/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> 不明				/ /	/	個			
採卵年月日（西暦）	卵巣刺激法		採卵数	移植済胚数	移植日（西暦）	分割卵／胚盤胞	移植胚数	妊娠の有無		
2. 年 月 日 治療施設名 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法	hCG注射使用	個	個	/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> ショート法	あり・なし			/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> アンタゴニスト法		受精卵数	凍結保存中胚	/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（クロミッド等）				/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> 自然周期				/ /	/	個			
	<input type="checkbox"/> 不明				/ /	/	個			