

## 問診票（女性用）

年 月 日

フリガナ		フリガナ		
妻氏名		夫氏名		
生年月日	年 月 日（ 歳）	生年月日	年 月 日（ 歳）	
携帯番号		携帯番号		
自宅電話番号	クリニックから連絡する際の電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯			
住所	〒			
身長:	cm	体重:	kg	
喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	本/日	<input type="checkbox"/> 禁煙	飲酒: 日/週	
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 再婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 未婚（ 年 月結婚予定）			
今回受診された理由は？	<input type="checkbox"/> 人工授精（半年以内に体外受精） <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 卵管鏡下卵管形成術 <input type="checkbox"/> 子宮鏡下手術 <input type="checkbox"/> 習慣流産 <input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル <input type="checkbox"/> その他（ ）			
月経について	①月経開始 歳		②最終月経開始日 月 日 初診日当日生理 日目	
	③周期（始まりから次の開始までの日数）		<input type="checkbox"/> 順調（ 日周期） <input type="checkbox"/> 不順（ 日から 日）	
	④月経量（多い・普通・少ない） ⑤痛み（強い・少し・なし）			
妊娠について	今までの妊娠回数 回	出産 回	流産 回 中絶 回	
年 月	妊娠週数	妊娠経過		妊娠方法 <small>（問診時Ns記入）</small>
年 月	妊娠 週 （妊娠 ヶ月）	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍確認後）		自然 AIH IVF(ICSJ)
年 月	妊娠 週 （妊娠 ヶ月）	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍確認後）		自然 AIH IVF(ICSJ)
今までにかかれた病気や、現在もお持ちの病気はありますか？		ぜんそく・小児ぜんそく・緑内障・アレルギー体質 てんかん・がん・糖尿病・高血圧・心臓病 肝臓病（B型肝炎・C型肝炎）・腎臓病・甲状腺疾患 精神疾患・その他（ ）		
現在飲まれている薬はありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬品名）		
手術や入院について	年 月	病名	治療・手術名	病院名
	年 月			
アレルギーはありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬・注射・アルコール消毒・その他：）		
子宮がん検診を受けたことがありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頸がん・体がん 年 月）		
当クリニックまでの通院時間は？		約 時間 分 交通機関（ ）		
お仕事をされていますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ご職業（ ） 勤務時間（ : ~ : ）		
当クリニックを何でお知りになりましたか？		医師からの紹介・友人、知人からの紹介・インターネット・雑誌 電柱、消火栓広告・その他（ ）		
ご主人は健康ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ がん・糖尿病・高血圧・肝臓病（B型肝炎・C型肝炎） 心臓病・腎臓病・精神疾患・その他（ ）		

# あなたの妊活歴（女性用）

年 月 日

❖ 妊娠をご希望される方におたずね致します

結婚後の避妊期間は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 年 月頃まで） 妊娠希望期間： 年 ヶ月間
性交渉の回数は？	月に 回程度
性生活でお困りの事は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）
当クリニックでの治療や検査をどこまで希望されますか？	相談のみ ・ 検査 ・ 排卵誘発剤 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 その他（ ）

❖ 今までに、行った検査・治療についてご記入下さい（施設： ）

検査名・検査時期	結果
<input type="checkbox"/> ホルモン検査（ 年 月）	<input type="checkbox"/> F S H <input type="checkbox"/> プロラクチン <input type="checkbox"/> 甲状腺 異常項目は？（ ）
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 卵管の閉塞 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 精液検査（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（内容 ）
<input type="checkbox"/> アンチミュリアンホルモン（ 年 月）	値： （ ）歳相当
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）
<input type="checkbox"/> ヒューナーテスト（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（内容 ）
<input type="checkbox"/> 子宮鏡（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ポリプ・筋腫がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 腹腔鏡（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）

排卵誘発剤のご使用は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（クロミフェン 回 HMG注射 回）
人工授精は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 回）

❖ 治療についてご記入下さい

	施行年	施行施設	治療名	卵巣刺激法	採卵数	受精卵数	移植胚数	凍結胚数	結果
例	2010.3	〇〇ウイメンズクリニック	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 ( )	10	8	2	5	妊娠せず 流産 出産
例	2010.11	〇〇ウイメンズクリニック	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 ( )	—	(融解数) 3	2		妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 ( )					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 ( )					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 ( )					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 ( )					妊娠せず 流産 出産

❖ 知りたいこと、希望していること、不安なことなど、ご自由にお書き下さい