

問診票（女性用）

西暦 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	S・H 西暦 年 月 日（歳）	生年月日	S・H 西暦 年 月 日（歳）
身長：	cm 体重：	kg BMI：	
喫煙：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 <input type="checkbox"/> 禁煙	飲酒：	日/週
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	〒		
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 再婚（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 未婚（ 年 月結婚予定）	<input type="checkbox"/> 事実婚
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"/> 卵管鏡下卵管形成術 <input type="checkbox"/> 緊急避妊ピル	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 子宮鏡下手術 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 習慣流産
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（ 日くらい）
	④月経量（多い・普通・少ない）	⑤痛み（強い・少し・なし）	
	⑥鎮痛剤服用（あり：薬名	・なし） ⑦基礎体温表（あり・なし）	
妊娠について	妊娠： 回	出産： 回	流産： 回 中絶： 回
妊娠年月	妊娠週数	妊娠経過	妊娠方法
年 月	妊娠 週 (妊娠 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 分娩(経腔・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後)	自然 人工授精 体外受精 顕微授精 凍結胚移植
年 月	妊娠 週 (妊娠 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 分娩(経腔・帝王切開) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後)	自然 人工授精 体外受精 顕微授精 凍結胚移植
現在あるいは、今までにかかれた病気はありますか？	ぜんそく（下熱鎮痛剤坐薬使用歴：あり・なし）・小児ぜんそく 緑内障 ・ 甲状腺疾患 ・ てんかん ・ がん 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 心臓病 肝臓病（B型肝炎・C型肝炎） ・ 腎臓病 ・ 精神疾患 その他（ ）		
手術や入院について	いつ： 年 月 病名： 治療・手術名： 病院名：		
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：		
サプリメントは飲まれていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 品名：		
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（アルコール消毒・アトピー・その他： ） （卵・乳製品・大豆・小麦・ピーナッツ・ひまわり油）		
薬アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 注射 薬剤名： <input type="checkbox"/> 内服薬 薬剤名： ）		
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） 異常：あり・なし		
風疹にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ワクチンを接種した（ 歳頃）		
麻疹にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ワクチンを接種した（ 歳頃）		
麻疹、風疹の抗体検査希望	<input type="checkbox"/> はい（麻疹のみ・風疹のみ・両方） <input type="checkbox"/> いいえ		
ご主人は健康ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（病名は？）		
ご家族が今までにかかった大きな病気と手術は？(2親等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いる（どなたが？ 病名は？）		
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 職業（ ） 勤務時間（ : ~ : ）		

あなたの妊活歴(女性用)

西暦 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 ()	

❖ 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"/> FSH <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 (右・左) <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"/> アンチミュラーリアンホルモン (年 月)	AMH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"/> 子宮鏡 (年 月)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ホリープ・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)

❖ 体外受精・胚移植についてご記入下さい

	施行年	施行施設	治療名	診療	卵巣刺激法	採卵数	受精卵数	移植胚数	凍結胚数	結果
1	年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
2	年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
3	年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
4	年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
5	年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産

以上のことに相違ありません。 西暦 20 年 月 日 自署 _____

❖ 知りたいこと、希望していること、不安なことなど、ご自由にご記入下さい

治療歴のご記入について

当クリニックに転院いただくにあたり、次のことにご理解・ご協力をお願いいたします。

治療歴は、出来るだけ詳しくご記入ください。

- 過去の治療実績から、患者様の状況を把握し治療方針の参考にさせていただきます。
- 保険診療での胚移植回数の把握

2022年4月より不妊治療は保険適用となりました。

保険診療での胚移植は、年齢と回数が制限され、他院で行われた保険診療での胚移植も

制限回数に含まれますので、正確にご記入ください。

治療歴のご記入に関してご誓約ください。

治療歴の申告内容に誤りがないことをご確認の上、妊活歴にご署名ください。

胚移植の回数について思い違いによる誤りなどがあった場合には、当クリニックの自費診療費用を

お支払いいただくことがありますのでご了承ください。

記入例

❖ 体外受精・胚移植についてご記入ください

施行年	施行施設	治療名	診療	卵巣刺激法	採卵数	受精卵数	移植胚数	凍結胚数	結果
2019年 4月	〇〇ウイメン クリニック	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()	(採れた個数) 7	(受精した個数) 5	(新鮮胚移植) 2	(最終的に凍結 できた個数) 2	妊娠せず 流産 出産
2022年 4月	〇〇ウイメン クリニック	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()	(採れた個数) 7	(受精した個数) 5	(新鮮胚移植) 2	(最終的に凍結 できた個数) 2	妊娠せず 流産 出産
2022年 5月	〇〇ウイメン クリニック	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()		(移植に際して 融解した個数) 2	(移植した個数) 1		妊娠せず 流産 出産
年 月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	自費・保険	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産

以上のことに相違ありません。

西暦 2022年 6月 〇日 自署 高橋 〇〇