

*** 初めてクリニックを受診する時の持ち物 ***

- 保険証
- 問診票 (お二人それぞれの提出です)
- 個人情報同意書 (お二人それぞれの提出です)
- 婚姻関係の同意書 (お二人の署名が必要です)
- 感染症検査同意書 (お二人の署名が必要です)

※問診票、同意書は黒のボールペンでご記入をお願いいたします

以下は、『該当する方』『お持ちの方』はご持参ください。

- 紹介状
- 検査データのコピー・・・1年以内の検査結果
- 基礎体温表・・・直近2・3ヶ月分、測定されてなくても問題ありません
※アプリの方は、印刷してお持ちください
- 外国籍の方・・・運転免許証、パスポートなどご本人確認できるもの
- 事実婚の方・・・お二人の戸籍謄本
- 風疹クーポン・・・1962年4月2日～1979年4月1日生まれの男性でクーポンをお持ちの方

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 :		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	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"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 事実婚 <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(経膣・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(経膣・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、今までにかかられた病気はありますか？	ぜんそく (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 (ピーナッツ・アルコール消毒・アトピー・その他 :)		
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		
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		
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"/> 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	アンタゴニスト法 マイルド法 ()	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	アンタゴニスト法 マイルド法 ()	—	(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	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	アンタゴニスト法 マイルド法 ()					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、ご自由にご記入下さい