

中村記念愛成病院 不妊症専門外来 問診票

記入日 年 月 日

* 当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

ふりがな		ふりがな	
妻 氏名		夫 氏名	
生年月日	S・H 年 月 日(満 歳)	生年月日	S・H 年 月 日(満 歳)
連絡先	— —	連絡先	— —
住所	〒 — — 自宅電話番号() — —		
職業		職業	
休日	月・火・水・木・金・土・日 / 不定期	休日	月・火・水・木・金・土・日 / 不定期

1. 本日はどのようなことで来院されましたか

- 不妊の相談(話のみ聞いてみたい・詳しい検査を希望・積極的な治療を希望・未定・その他)
 体外受精・顕微授精相談
 他院より紹介(紹介先施設:)
 セカンドオピニオン(不妊治療相談)
 その他()

2. 月経について

- ・最終月経 月 日～ 月 日 (日間)
 ・その前の月経 月 日～ 月 日 (日間)
 ・周期(月経が始まったひから次の月経が始まるまで) 順調(日～ 日周期) 不順(日～ 日周期)

3. 結婚について(あなた: 初婚 再婚 / ご主人: 初婚 再婚)

- 結婚(年 月 婚姻期間 年 ヵ月) 離婚(H 年 月)
 再婚(年 月) 未婚(H 年 月結婚予定) 未婚(入籍予定なし)

4. 妊娠されたことはありますか

- ① 年 歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g)
 ② 年 歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g)
 ③ 年 歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g)
 ④ 年 歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g)
 ⑤ 年 歳の時(経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・異所性妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g)

5. あなたについてお尋ねします

- ・喫煙歴 なし あり(本/日 ・ 現在は吸っていない)
 ・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか
なし 喘息(気管支喘息・小児喘息・咳喘息) 薬剤あり()最終発作()頃
子宮筋腫 腺筋症 子宮内膜症 卵巣のう腫(チョコレートとう腫・その他)【左・右】
がん(糖尿病 高血圧 消化器疾患())
心臓病(肝臓病 腎臓病)
甲状腺疾患(機能亢進症・機能低下症) 精神疾患() 心療内科()
その他()
 ・現在使用中のお薬(サプリメントは除く)はありますか(薬剤名:)
 ・風疹に罹ったことはありますかなし あり ワクチン済み(歳頃) 不明

6. ご主人の健康状態についてお尋ねします(お分かりになる範囲で)

- ・喫煙歴 なし あり(本/日 ・ 現在は吸っていない)
 ・病歴 なし あり(病名:)
 ・身長 cm 体重 kg
 ・風疹に罹ったことはありますかなし あり ワクチン済み(歳頃) 不明

7. ご夫婦について

- ・避妊はせず妊娠を希望してからの期間 (年 ヵ月)
 ・性交回数 回/月 (回/週)
 ・排卵の時期に合わせて性交を行っていますか? (はい・いいえ) 年 歳から 年 ヵ月
 ・妊娠を希望されてどれくらいの期間が経過していますか 年 ヵ月 <裏面あり>

・お分かりになる範囲で構いませんので、今までに受けられた検査・治療についてご記入をお願いします

検査内容	検査日	実施施設	検査結果
<input type="checkbox"/> ホルモン採血検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(
<input type="checkbox"/> 卵管造影			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(左・右・両方/狭窄・閉鎖・詰まり
<input type="checkbox"/> 通水検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(左・右・両方/狭窄・閉鎖・通りが
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(
<input type="checkbox"/> ヒューナー検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(
<input type="checkbox"/> クラミジア検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(内服済み・未治療・再検査未受
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(経過観察中・円錐
<input type="checkbox"/> 不育症検査			<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> バイアスピリン内服 <input type="checkbox"/> その他(

一般不妊治療歴	回数	最後に実施した日	妊娠		経過		
<input type="checkbox"/> タイミング療法	回	年 月 頃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 出産	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠
<input type="checkbox"/> 人工授精(AIH)	回	年 月 頃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 出産	<input type="checkbox"/> 流産	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠
・排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(薬剤名:)							

体外受精治療歴		採卵回数(回)	体外受精(回)		顕微授精(回)		胚移植回数(回)	
採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート・ロング アンタゴニスト・アゴニスト 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 移植なし	
年 月		1回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		2回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		3回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		4回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
採卵2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート・ロング アンタゴニスト・アゴニスト 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 移植なし	
年 月		1回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		2回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		3回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		4回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
採卵3回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート・ロング アンタゴニスト・アゴニスト 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 移植なし	
年 月		1回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		2回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		3回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		4回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
採卵4回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート・ロング アンタゴニスト・アゴニスト 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 移植なし	
年 月		1回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		2回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		3回目胚移植					初期胚 胚盤胞	
年 月		4回目胚移植					初期胚 胚盤胞	

* ご記入ありがとうございました。