

# 予 診 票

年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_  
お名前 \_\_\_\_\_ T S H \_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
自宅住所 \_\_\_\_\_ (〒 \_\_\_\_\_ ) TEL 自宅( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

1. 本日の来院理由を□に✓をつけてください。(複数回答可)
- 妊娠診断 (分娩希望・中絶希望)  妊婦検診
  - 生理に関すること (不順・生理をずらしたい・生理痛)  生理以外の出血
  - 痛み (下腹痛・腰痛)  外陰部症状 (かゆみ・痛み・おりもの)
  - 膀胱症状 (頻尿・排尿痛・残尿感)  更年期症状  不妊相談
  - 子宮がん検診  乳がん検診  婦人科腫瘍検査 (子宮筋腫・卵巣腫瘍)
  - 漢方治療  骨粗しょう症検査  性病検査
  - その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 診察の参考のために、以下の項目にお答えください。
- ① 結婚していますか：はい・いいえ
  - ② 性交の経験はありますか：はい・いいえ
  - ③ 今までに妊娠したことがありますか：はい・いいえ  
分娩 ( 回 ) 流産 ( 回 ) 中絶 ( 回 )
  - ④ 最後の生理はいつですか： 月 日から 日間 閉経 ( 才 )
  - ⑤ その前の生理はいつですか： 月 日から 日間
  - ⑥ タバコを吸いますか：はい ( 本/日 ) ・いいえ
  - ⑦ アルコールを飲みますか：はい・いいえ

3. 安全な医療のために、以下の項目のうちいずれかに○を記入してください。  
また、'はい'の場合は詳細をお書きください。

			内 容
持病 (高血圧・糖尿病・心臓病)などがありますか	はい	いいえ	病名:
内服している薬はありますか	はい	いいえ	薬品名:
薬品・食物・などでアレルギーはありますか	はい	いいえ	薬品名: 食物: その他:
喘息と診断を受けたことがありますか	はい	いいえ	
今までに手術を受けたことがありますか	はい	いいえ	
輸血を受けたことがありますか	はい	いいえ	

ありがとうございました。診察までもうしばらくお待ちください。

# 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(月経が始まった日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(H 年 月 婚姻期間 年 カ月)  離婚(H 年 月)
- 再婚(H 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

- ①H 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)
- ②H 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)
- ③H 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)
- ④H 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)
- ⑤H 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 カ月)
- ・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) 歳から 年 カ月
- ・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 カ月 <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・再検査未実
<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。