

不妊治療問診票

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。

※ 下記太枠項目は必須事項になります。✓でチェックをお願いします。

初診日 年 月 日 ID

ふりがな		ふりがな	
妻 氏 名		夫 氏 名 パートナー	
生 年 月 日	西暦 年 月 日 (満 歳)	生 年 月 日	西暦 年 月 日 (満 歳)
職 業		職 業	
住 所 連 絡 先	〒 - 携帯 - - 自宅 () -		
メールアドレス	@		
緊急連絡先	氏名	連絡先 - -	続柄 ()
	住所 〒 -		
※ 受診予約・検査その他、緊急を要する場合など、こちらから連絡する場合がございます。			
クリニックまでの通院時間 約 時間 分 交通機関 ()			
ご 紹 介 者	() ☐ 病院 ☐ 医師 ☐ 知人 ☐ クリニック		

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	妊娠を希望されてどのくらいの期間が経過していますか	年	ヶ月
☐ 体外受精・顕微授精相談	☐ 不育症・習慣流産の相談（妊娠するが流産となる等）		
☐ がん検診	☐ セカンドオピニオン		
☐ 婦人科相談			
☐ 男性不妊外来受診中	☐ 他院より紹介（		）
☐ その他（			）

2) 月経について

・初潮	歳	・閉経	歳
・最終月経		月	日 ～ 日間
・（その前の月経）		月	日 ～ 日間
・周期（月経が始まった日から次の月経があるまで）	☐ 順調（	日周期）	☐ 不調（
・月経に伴い右記の症状はありますか	☐ 下腹部痛	☐ 腰痛	☐ 頭痛
・痛み止めを使用しますか	☐ はい	☐ いいえ	

3) 結婚について

☐ 結婚（西暦	年	月）	☐ 離婚（西暦	年	月）	
☐ 再婚（西暦	年	月）	☐ 未婚	☐ 未婚（西暦	年	月結婚予定)

4) 妊娠・出産について教えてください

分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態	妊娠合併症
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし

合併症があった方は記入をお願いします

5) あなたのことにについてお尋ねします

・身長	cm	体重	Kg	血液型	型 (Rh + -)
・喫煙歴	☐ なし ☐ あり	(	本/日	・ 現在は吸っていない)	・ 性交渉経験 ☐ あり ☐ なし
・飲酒	☐ なし ☐ 飲む	(	回/週	・ 量	)
・ 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					
☐ 特に何もしない					
☐ 喘息 (気管支喘息・小児喘息・		最終発作	年	月頃	☐ 吸入機使用した) ☐ 咳喘息
☐ 子宮筋腫		☐ 子宮内膜症	☐ 卵巣のう腫 (チョコレートのう腫、デルモイド等)		☐ 腺筋症
☐ がん		() 歳の時			
☐ てんかん (内服薬			最終発作	年	月頃)
☐ 糖尿病 (内科受診中)		☐ 高血圧 (内科受診中)	☐ 消化器疾患 ()		
☐ 甲状腺疾患 (機能亢進症・機能低下症)		☐ 心臓病	☐ 肝臓病	☐ 腎臓病	
☐ 精神疾患 ()					
☐ 感染症 (HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎) ☐ その他 ()					
・ 輸血が必要になった場合に輸血を受けることを			☐ 了承する	☐ 了承しない	
・ 手術の経験	主な病気	手術名	() 歳の時		
・ 風疹抗体検査を受けたことがありますか		☐ ある	年	月	☐ ない
・ 内服中のお薬やサプリメントはありますか		薬品名			
・ 下記のアレルギーはありますか		☐ なし	☐ あり		
「あり」の方→		☐ ピーナッツアレルギー	☐ 卵アレルギー	☐ 大豆アレルギー	☐ ラテックスアレルギー
・ 注射や内服薬で副作用・蕁麻疹やかゆみを経験したことはありますか ☐ なし ☐ あり (下記に記入をお願いします)					
注射・薬品名					

6) ご主人さまの健康状態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） ・身長 cm ・体重 Kg
・病歴 （主な病気 ）（ 歳の時）

7) ご家族(血縁)に病気の方はいますか 続柄()

☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐血液疾患 ☐がん ☐肝臓病 ☐腎臓病 ☐心臓病 ☐甲状腺疾患 ☐膠原病
☐その他()

お分かりになる範囲で結構ですので、今まで受けられた検査治療・検査に✓と○印で経過の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	
☐	ホルモン検査			異常なし	異常あり
☐	卵管造影			異常なし	異常あり（卵管狭窄・卵管閉塞）
☐	通水検査			異常なし	異常あり（卵管狭窄・卵管閉塞）
☐	子宮鏡検査			異常なし	異常あり（ポリープ切除・経過観察中）
☐	精液検査			異常なし	異常あり
☐	ヒューナー検査			異常なし	異常あり
☐	クラミジア検査			異常なし	異常あり（内服済み・未治療）
☐	子宮頸がん検診			異常なし	異常あり（治療済み・経過観察中）
☐	乳がん検診			異常なし	異常あり（治療済み・経過観察中）
☐	不育症検査			異常なし	異常あり（妊娠後治療が必要あり・なし）
☐	着床に関する検査			trio(ERA, EMMA, ALICE)・ER Peak・子宮内フローラ ホモシステイン・ビタミンD・亜鉛・ Th1/Th2・PGT・G-band	

治療内容			
☐ タイミング	()回	最後に施行した日	()年()月
☐ 人工授精	()回	最後に施行した日	()年()月

体外受精を受けられた方にお願ひしています
下記の記入例を参考に、治療歴を記入してください

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
2024年3月	〇〇 クリニック	自然・ <u>ショート法</u> ・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他()	10	<u>体外受精 顕微授精</u> その他	7	初期胚2 胚盤胞3	初期胚・胚盤胞 <u>移植せず</u>	せず
2024年5月	〃	1回目の移植					初期胚・ <u>胚盤胞</u>	1
2024年7月	〃	2回目の移植					<u>初期胚・胚盤胞</u>	1つずつ

(I V F) (I C S I)
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・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 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 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4回目の移植					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・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 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 移植せず	
年 月		1回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4回目の移植					初期胚・胚盤胞	

ご記入ありがとうございました。