問診票-1　　ID＿＿＿＿＿＿＿＿　　ID＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

	本人	夫
フリガナ		
氏名		
生年月日	S ・ H　　（　　歳）	S ・ H　　（　　歳）
自宅住所	〒	
自宅電話番号		
携帯番号		
E-mail		
職業	（正社員・パート）	
勤務先名		

当クリニックから連絡させていただくことがあります。その際はクリニック名を告げてもよいでしょうか？
☐ はい　☐ いいえ（スタッフ個人名でかけてほしい）
当院のセミナーや催しに参加されたことがありますか？
☐ 体外受精セミナー（　　年　　月　受講）　☐ 院内見学ツアー（　　年　　月　参加）
豊中市の方のみにお尋ねします。風疹抗体検査を公費で受けたことがありますか？
☐はい　☐いいえ
ご夫婦（パートナー）は同一世帯ですか？
☐はい　☐いいえ
＊同一世帯でなければ保険診療を受けることができません。
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
☐はい　☐いいえ
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？
☐はい　☐いいえ

看護師記入欄
BP　　/
P
KT

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算１　4点（2023年12月までは6点）　加算2　2点（マイナ保険証を利用した場合）

当クリニックを何で知りましたか？　該当するもの全てにチェックを入れてください
☐ 医師からの紹介（病院名　　医師名　　）
☐ 知人からの紹介
☐ 当院のホームページ　検索ワード（例：不妊治療 千里中央　　）
☐ 当院のSNS　（Instagram・Facebook ・LINE ・Youtube ）検索ワード（　　）
☐ LINE相談利用済
☐ 当院以外のWEBページ（子宝ネット ・ 不妊治療情報センター ・ 赤ちゃんが欲しい ・ その他　　）
☐ 広告（ 新聞・地域情報紙　　）
☐ 雑誌（ i-wishママになりたい ・ 妊活たまごクラブ ・ 赤ちゃんが欲しい・ その他　　）
☐ 駅広告・電車内広告（北大阪急行線千里中央 ・モノレール ）
☐ 夫が当院の男性外来通院中
☐ プレチェックで検査実施後　☐ その他（　　）

当クリニックまでの通院は？　交通手段（　　）　所要時間（　　）

身長＿＿＿cm　体重＿＿＿kg（体重は当院で測定します）BMI（　　）

本日、受診された理由は？
☐ 妊娠しない → 不妊期間（　）年（　）ヶ月
☐ 流産を繰り返している
☐ その他（　　）

月経について
最終月経：（　）月（　）日～（　）日間
月経周期：☐ 順調（　）日型　☐ 不順
初潮年齢：　才
月経の量：☐ 多い　☐ 普通　☐ 少ない
月経痛：☐ 強い　☐ 少しある　☐ なし

性交渉について　☐経験あり　☐経験なし

結婚歴について
☐ 結婚：（西暦　　）年（　）月
☐ 離婚：（　　）年（　）月
☐ 再婚：（　　）年（　）月
☐事実婚（同棲中）：（　　）年（　）月

＊問診票1～3の内容は、個人情報保護法で保護されており、診療目的以外への使用や外部への流出はありません。

問診票-2

妊娠歴について

年月	妊娠方法	経過	備考
年　月	□ 自然 □ 人工授精 □ 体外受精 □ 顕微授精	□ 出産:(　)週、(経膣・帝王切開)(出生時体重　　g)(健在・否) □ 流早産:(　)週 (妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 心拍みえた) □ 中絶 □ 子宮外妊娠(手術あり ・ なし)	
年　月	□ 自然 □ 人工授精 □ 体外受精 □ 顕微授精	□ 出産:(　)週、(経膣・帝王切開)(出生時体重　　g)(健在・否) □ 流早産:(　)週 (妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 心拍みえた) □ 中絶 □ 子宮外妊娠(手術あり ・ なし)	
年　月	□ 自然 □ 人工授精 □ 体外受精 □ 顕微授精	□ 出産:(　)週、(経膣・帝王切開)(出生時体重　　g)(健在・否) □ 流早産:(　)週 (妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 心拍みえた) □ 中絶 □ 子宮外妊娠(手術あり ・ なし)	
年　月	□ 自然 □ 人工授精 □ 体外受精 □ 顕微授精	□ 出産:(　)週、(経膣・帝王切開)(出生時体重　　g)(健在・否) □ 流早産:(　)週 (妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 心拍みえた) □ 中絶 □ 子宮外妊娠(手術あり ・ なし)	
年　月	□ 自然 □ 人工授精 □ 体外受精 □ 顕微授精	□ 出産:(　)週、(経膣・帝王切開)(出生時体重　　g)(健在・否) □ 流早産:(　)週 (妊娠反応のみ ・ 胎嚢のみ ・ 心拍みえた) □ 中絶 □ 子宮外妊娠(手術あり ・ なし)	

これまで病気や手術をしたことがありますか？

□ あり　1.　年　月　才 (　　)(治った ・ 治療中→薬名　　)
2.　年　月　才 (　　)(治った ・ 治療中→薬名　　)
3.　年　月　才 (　　)(治った ・ 治療中→薬名　　)
4.　年　月　才 (　　)(治った ・ 治療中→薬名　　)
5.　年　月　才 (　　)(治った ・ 治療中→薬名　　)

□ なし

喘息はありますか？

□ あり (発作頻度:　　薬名:　　) □ 過去にあった

□ なし

緑内障はありますか？

□ あり(　　)

□ なし

感染症の指摘をうけたことがありますか？

□ あり　〇B型肝炎　〇C型肝炎　〇梅毒

□ なし

これまで薬・注射・造影剤でアレルギーや副作用が起きたことがありますか？

□ あり(　　)

□ なし

薬以外でアレルギーが起きたことがありますか？

□ あり (ゴム ・ アルコール綿 ・ 金属 ・ 食べ物 ・ その他　　)

□ なし

今現在服用中の薬はありますか？

□あり→薬の名前(　　)

□なし

タバコを吸いますか？　□ はい(1日　　本)　□ いいえ

お酒は飲みますか？　□ はい(毎日 ・ ときどき)　□ いいえ

子宮がん検査を受けていますか？　□ はい → 最終検査日:(　　)年(　)月、(異常なし・あり)　□ いいえ

ご家族に病気をされている方はいらっしゃいますか？

□はい → □高血圧(父母・祖父母・兄弟姉妹) □糖尿病(父母・祖父母・兄弟姉妹) □喘息(父母・祖父母・兄弟姉妹)
□ガン(父母・祖父母・兄弟姉妹) □脳出血・脳梗塞(父母・祖父母・兄弟姉妹)
□その他(　　)(父母・祖父母・兄弟姉妹)

□いいえ

性交渉について

回数: 1ヶ月に約(　)回

性交における問題: □ 性交痛　□ 勃起不全　□ 挿入困難　□ 膣内射精困難　□ その他
□ なし

＊問診票1～3の内容は、個人情報保護法で保護されており、診療目的以外への使用や外部への流出はありません。

これまでに、不妊検査・不妊治療を受けたことがありますか？

☐ あり（ 施設名: ） ☐ なし

上記にて、ありと答えた方へ

どのような検査を受けましたか？ ☐ 超音波検査（エコー） → 異常なし ・ あり（ ）
☐ 基礎体温 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ クラミジア検査 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ ホルモン検査 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ 子宮卵管造影検査 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ 卵管通気・通水 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ フーナーテスト → 異常なし ・ あり（ ）
☐ 精液検査 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ 抗精子抗体 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ 腹腔鏡検査 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ 子宮鏡検査 → 異常なし ・ あり（ ）
☐ その他 → 異常なし ・ あり（ ）

どのような治療を受けましたか？ ☐ タイミング療法 （ ）回
☐ 人工授精 （ ）回
☐ 体外受精 （ ）回
☐ 顕微授精 （ ）回
☐ 排卵誘発剤使用 （内服薬: 注射: ）
☐ その他の薬 （ ）
☐ 腹腔鏡手術 （ ）年 （ ）月 （ 手術内容 ）
☐ 子宮鏡手術 （ ）年 （ ）月 （ 手術内容 ）
☐ その他の手術 （ ）年 （ ）月 （ 手術内容 ）
☐ その他 （ ）

当クリニックで希望する治療は何ですか？

☐ タイミング療法 ☐ 人工授精 ☐ 卵管鏡（FT） ☐ 体外受精・顕微授精 ☐ 検査のみ ☐ 相談後に決めたい

＊問診票１～３の内容は、個人情報保護法で保護されており、診療目的以外への使用や外部への流出はありません。

問診票-4

これまで体外受精・顕微授精を受けたことのある方は、内容を記入してください

施行年・月	施行病院	種類	卵巣刺激法	採卵数	受精数	移植胚	凍結胚数	結果	備考
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
年　月		体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 クロミッド法 自然周期法 その他（　　）			個 初期胚（2～8細胞） 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	

体外受精・胚移植を受けられたことがある方は記入してください

2022年4月より、不妊治療の保険診療が適用されています。
保険診療で受けられる胚移植には回数制限があります。
医療機関の変更後も回数制限は継続されますので、
以前通院されていた病院での胚移植回数と保険診療の有無・経過について
正確に記入していただくようお願いします。

治療実施施設	胚移植実施時期	保険診療の有無	結果	備考
	20　　年　　月	あり　・　なし	妊娠せず 妊娠後流産（　　）週 出産	
	20　　年　　月	あり　・　なし	妊娠せず 妊娠後流産（　　）週 出産	
	20　　年　　月	あり　・　なし	妊娠せず 妊娠後流産（　　）週 出産	
	20　　年　　月	あり　・　なし	妊娠せず 妊娠後流産（　　）週 出産	
	20　　年　　月	あり　・　なし	妊娠せず 妊娠後流産（　　）週 出産	
	20　　年　　月	あり　・　なし	妊娠せず 妊娠後流産（　　）週 出産	

＊申告していただいた回数と診療内容の間違いや虚偽記載があった場合は、
自費診療にて算定した費用をお支払いいただく場合があります。

＊また、保険者、前医療機関に当院から確認を取らせていただきますので
ご了承下さい。

＊保険診療で胚移植を受けられた後に妊娠し、流産された既往のある方で
母子手帳をお持ちの場合は、次回診察時にご持参ください。

園田桃代ARTクリニック
Assisted Reproductive Technology