

	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		
勤務先名		
勤務先電話番号		

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  
 インターネット(ホームページ・子宝ネット・不妊治療情報センター・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 )  
 駅広告(北大阪急行線千里中央 )  
 電車内広告(モノレール)  
 夫が当院の男性外来通院中  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)

看護師記入欄 BP / P KT
---------------------------

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  
 内縁(同棲中): ( \_\_\_\_\_ )年( )月  未婚

妊娠歴について

年月	妊娠方法	経過	備考
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産:( )週、( 経産・帝王切開 ) (出生時体重 _____ g) ( 健在・否 ) <input type="checkbox"/> 流早産:( )週 ( 妊娠反応のみ ・ 胎囊のみ ・ 心拍みえた ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠( 手術あり ・ なし )	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産:( )週、( 経産・帝王切開 ) (出生時体重 _____ g) ( 健在・否 ) <input type="checkbox"/> 流早産:( )週 ( 妊娠反応のみ ・ 胎囊のみ ・ 心拍みえた ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠( 手術あり ・ なし )	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産:( )週、( 経産・帝王切開 ) (出生時体重 _____ g) ( 健在・否 ) <input type="checkbox"/> 流早産:( )週 ( 妊娠反応のみ ・ 胎囊のみ ・ 心拍みえた ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠( 手術あり ・ なし )	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産:( )週、( 経産・帝王切開 ) (出生時体重 _____ g) ( 健在・否 ) <input type="checkbox"/> 流早産:( )週 ( 妊娠反応のみ ・ 胎囊のみ ・ 心拍みえた ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠( 手術あり ・ なし )	
年 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 出産:( )週、( 経産・帝王切開 ) (出生時体重 _____ g) ( 健在・否 ) <input type="checkbox"/> 流早産:( )週 ( 妊娠反応のみ ・ 胎囊のみ ・ 心拍みえた ) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠( 手術あり ・ なし )	

# 問診票-2

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: ) 緑内障はありますか？  
 過去にあった  あり( )  
 なし  なし

感染症の指摘をうけたことがありますか？

- あり ○B型肝炎 ○C型肝炎 ○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

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？
- |                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 超音波検査(エコー) | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 基礎体温       | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> クラミジア検査    | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> ホルモン検査     | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査   | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 卵管通気・通水    | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> フーナーテスト    | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 精液検査       | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 抗精子抗体      | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査      | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査      | → 異常なし ・ あり( ) |
| <input type="checkbox"/> 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

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

\* 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-3

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	