

	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(InRed ・ anan ・ 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 ・ 御堂筋線梅田駅)
 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

感染症の指摘を受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？
- 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

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)

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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			
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		妊娠せず 妊娠後流産 子宮外妊娠 出産	
						初期胚(2~8細胞) 胚盤胞 二段階移植 全て凍結 移植できず			