

問 診 票

提出年月日 年 月 日

フリガナ
 奥様のお名前 () 才 生年月日 S・H 年 月 日

自宅住所 〒 自宅電話 () -

携帯電話 () -

職業 * ご夫婦のお名前は健康保険証にご記載の通りにご記入ください。
 * 電話や郵送などで連絡をとらせていただく場合がございます。

身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 Rh ()

フリガナ
 御主人のお名前 () 才 生年月日 S・H 年 月 日
 (奥様と別居の場合は記入)

自宅住所 〒 携帯電話 () -

職業 血液型 () 型 Rh ()

※御主人の日本語のスキルについてお答えください。(御主人が外国人の場合)
 ・会話 : 日常会話なら可能 / 不可 ・読解 : 仮名・漢字を読める / 不可

下記の1～10までのご質問についてご回答ください

- 1 ご希望の治療内容
 a タイミング法 b 人工授精 c 体外受精 d 顕微授精 e その他 ()

- 2 当院受診の動機
 a 他医の紹介による (病院、医師名 :)
 b 新聞、雑誌で (誌名)
 c 知人の紹介 ()
 d ホームページ (検索ワード :)
 e 当院実施の無料電話相談、無料メール相談で
 f その他 ()

- 3 あなたの月経について
 ① 初潮は () 才のとき
 ② 月経は順調にありますか 順調 不順
 ③ 月経は何日型で、何日続きますか。 () 日型で () 日間続く
 ④ 月経のとき痛みますか はい いいえ
 ⑤ 月経時に痛み止めは使用されますか はい (薬品名 :) いいえ
 ⑥ 月経の量は多いですか 多 中 少
 ⑦ 月経中に血塊 (かたまり) がありますか はい いいえ
 ⑧ 最終月経はいつから始まりましたか () 月 () 日より () 日間

- 4 結婚 年 月 (才のとき)
 再婚 年 月 (才のとき : 離婚 才のとき)
 同棲 (未入籍の場合) 年 月 (才のとき)

5 妊娠を希望してから何年になりますか () 年

6 妊娠したことはありますか はい いいえ

	1 年 月	2 年 月	3 年 月
出産	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否
流産	週	週	週
子宮外妊娠	週	週	週

7 今までかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ① 病気になったり、手術を受けたりしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・病気 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
 ・手術 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
- ② 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ
 ・治療の内容は () ・内服中の薬は ()
 () ()
- ③ 今まで使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・薬品名は () ・症状は ()
 () ()
- ④ 喘息や、アレルギーはありますか はい () いいえ
- ⑤ 今までに血が止まりにくかった経験はありますか はい () いいえ
- ⑥ 1年以内に子宮癌検診を受けましたか はい (年 結果) いいえ
- ⑦ 1年以内に乳癌検診を受けましたか はい (年 結果) いいえ
- ⑧ 性感染症にかかったことがありますか はい () いいえ
- ⑨ 飲酒の習慣はありますか はい (程度) いいえ
- ⑩ 喫煙の習慣がありますか はい (本/日) いいえ

8 今までの不妊治療

なし
 あり 期間 (年) 不妊の原因がわかれば記入 ()

一般治療・検査

- ・タイミング法 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・排卵誘発剤投与 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・通水検査 なし あり (時期 年 月 日:結果) 施設名 ()
- ・子宮卵管造影 なし あり (時期 年 月 日:結果) 施設名 ()
- ・人工授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・子宮鏡検査 なし あり (時期 年 月 日:結果) 施設名 ()
- ・CD138 なし あり (時期 年 月 日:結果) 施設名 ()
- ・AMH採血 なし あり (時期 年 月 日:結果) 施設名 ()

体外受精

- ・採卵 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・新鮮胚移植 なし あり (回数 回) 施設名 ()
- ・凍結胚移植 なし あり (回数 回) 施設名 ()

保険診療での採卵術 なし あり (初回治療同意時の妻の年齢 歳)

保険診療での胚移植術 なし あり (実施回数 回) 施設名 ()

9 御主人について

- ・病気になったり、手術を受けたりしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・病気 () は () 才のとき
 ・手術 () は () 才のとき
- ・現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ
 ・治療の内容は () ・内服中の薬は ()
- ・精液検査をしたことがありますか はい (結果) いいえ
 (施設名)

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください