

問 診 票

H 年 月 日 初診 ※記入しないでください

産婦人科（不妊治療）

カルテNo. _____ ※記入しないでください



神戸元町 夢クリニック

ふりがな _____

お名前 _____ 生年月日 S/H 年 月 日 年齢 _____ 歳

I. どうなさいましたか？（当てはまる数字に○をつけてください）

- ① a. 子供ができない(不妊) b. その他()
- ②上記①の質問でa. を選択された方に伺います。当院での治療内容は以下のどれを希望されますか？
a. 体外受精 b. 一般不妊治療(タイミング、人工授精) c. 相談して決めたい
d. その他()
- ③上記②の質問でa. を選択された方に伺います。体外受精の方法について以下のどの項目をご希望されますか？
a. 排卵誘発剤はできるだけ使用したくない b. 排卵誘発剤は状況によって使用してもよい
c. 相談して決めたい d. その他()

II. あなたの月経について

- ①最終月経はいつでしたか、現在生理中の方も記入してください H 年 月 日 から 日間
- ②はじめての月経を見た年齢 ()歳 (小・中・高 年)
- ③自然な状態での月経周期は何日型ですか？ ()日型 (月経開始日より次回開始日までの日数)
※自然な状態＝排卵誘発剤を使用しない状態
- ④排卵障害がある方は、排卵誘発剤を使用した場合何日型になるか記入してください
排卵誘発剤 (薬剤名:) を使えば ()日型
(月経開始日より次回開始日までの日数)

III. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ①入籍したのはいつですか？ S/H 年 月
- ②セックスの経験はありますか？ はい・いいえ
- ③妊娠したことはありますか？ はい・いいえ
- ④妊娠したことのある方は次にお答えください
人工妊娠中絶 ()回(H 年 月、H 年 月、H 年 月、H 年 月)
自然流産 ()回(H 年 月、H 年 月、H 年 月、H 年 月)
分娩 ()回(H 年 月、H 年 月、H 年 月、H 年 月)

IV. 今までにかかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

- ①今までに産婦人科疾患を指摘されたことがありますか？ はい・いいえ
- ②①で『はい』と答えた方は、以下の当てはまる疾患に○をつけてください
1. 子宮筋腫 2. 子宮腺筋症 3. 子宮内膜ポリープ
4. 子宮頸部異常(異形成、上皮内癌など) 5. 子宮内膜増殖症 6. 子宮内膜症
7. 卵巣腫瘍(腫瘍名: 、右・左・両側)
8. 多のう胞性卵巣 9. 卵巣機能不全 10. 高プロラクチン血症(潜在性を含む)
11. 不育症(不育症検査で異常を指摘された検査項目:)
12. クラミジア感染症 13. その他()

(次頁に続く)

(前頁より続き)

IV. 今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

③内科疾患で以下の項目を指摘された(現在治療中を含む)ことがあれば、

当てはまる疾患に○をつけてください

1. 喘息 2. 高血圧 3. 糖尿病

④上記③以外でかかった疾患または現在治療中の疾患はありますか? はい・いいえ

⑤④で『はい』と答えた方、疾患の内容を記入してください

(

)

⑥現在、内服中の薬はありますか?

はい・いいえ

『はい』と答えた方は、薬の名前、種類を記入してください

(

)

⑦上記①、③、④で疾患があるとお答えの方は主治医から妊娠の許可はされていますか?

はい・いいえ

⑧手術を受けたことがありますか?

はい・いいえ

⑨⑧で『はい』と答えた方、手術内容、手術を受けた年齢、病院名をわかる範囲で記入してください

手術の内容(

)

()歳のとき 病院名(

)

手術の内容(

)

()歳のとき 病院名(

)

⑩輸血を受けたことがありますか?

はい・いいえ

⑪B型、C型肝炎の検査で陽性になったことがありますか?

はい・いいえ

⑫血栓症と言われたことがありますか?

はい・いいえ

⑬現在、喫煙されていますか?

はい・いいえ

『はい』と答えた方は、1日の本数を記入してください

()本

⑭今まで薬や注射で副作用(アレルギー)を起こしたことはありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、薬の名前、種類を記入してください

(

)

V. ご家族の中の病気等について

①ご主人は健康ですか? はい・いいえ

②ご主人は今までに特別な病気にかかったことはありますか?

はい [遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他(

)]

・いいえ

③ご主人は今までに何か手術を受けた事はありますか?

はい 手術名(

)

・いいえ

④ご主人以外のご家族で特別な病気の方はいますか?

いる [遺伝病・高血圧・糖尿病・がん・その他(

)]

・いない

VI. あなたの 身長()cm 体重()kg 血液型(型 Rh+ / Rh-)

(次頁に続く)

お名前

カルテNo.

※記入しないでください



神戸元町 夢クリニック

(前頁より続き)

以下、これまで他院で不妊検査・治療を受けた経験のある方のみ記入してください

1. 卵管造影検査(又は通水検査)を受けたことがありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、検査結果について記入してください

右 [正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他()]

左 [正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他()]

2. ご主人は精液検査を受けたことがありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、検査結果(一番良好なデータ)について記入してください

精液量()ml 濃度() $\times 10^6$ /ml 運動率()% (正常・異常)3. ヒューナーテスト(性交後検査)を受けたことがありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、検査結果(一番良好なデータ)について記入してください

[良好・やや不良・不良]

4. タイミング療法を受けたことがありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、回数等について記入してください

自然周期によるタイミング()回 最後に施行した日(H 年 月 日)

卵巣刺激周期によるタイミング()回 最後に施行した日(H 年 月 日)

5. 人工授精を受けたことがありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、回数等について記入してください

自然周期による人工授精()回 最後に施行した日(H 年 月 日)

卵巣刺激周期による人工授精()回 最後に施行した日(H 年 月 日)

(次頁に続く)

お名前

カルテNo.

※記入しないでください



神戸元町 夢クリニック

(前頁より続き)

6. 体外受精を受けたことがありますか？ はい・いいえ

『はい』と答えた方は、下の表に記入してください

体外受精									
※ET:分割胚移植、BT:胚盤胞移植、CC:分割胚凍結、BC:胚盤胞凍結									
回数	年	月	施設名	刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	新鮮胚移植	凍結胚
1	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()
2	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()
3	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()
4	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()
5	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()
6	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()
7	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()
8	H					媒精・顕微		ET() BT()	CC() BC()

凍結融解胚移植					
回数	年	月	凍結融解移植胚	妊娠の有無	転帰
1	H		分割胚()・胚盤胞()	有・無	出産・流産
2	H		分割胚()・胚盤胞()	有・無	出産・流産
3	H		分割胚()・胚盤胞()	有・無	出産・流産
4	H		分割胚()・胚盤胞()	有・無	出産・流産
5	H		分割胚()・胚盤胞()	有・無	出産・流産

ご記入ありがとうございます。

お名前

カルテNo.

※記入しないでください



神戸元町 夢クリニック