

問 診 票

年 月 日 ※記入しないでください

産婦人科 (不妊治療)



神戸元町 夢クリニック

カルテNo. _____

ふりがな _____

お名前 _____

生年月日 西暦 (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子供ができない(不妊) ②月経の異常 ③月経と違った出血 ④採卵希望 ⑤凍結胚移植希望
 ⑥ヒューナーテスト ⑦卵管造影検査 ⑧ポリープ検査
 ⑨その他 ()

II. 以前、当院を受診され、その後について ※以下すべて、西暦でご記入ください。

①当院での治療による妊娠・分娩歴を記入してください

年 月	分娩・流産・子宮外妊娠	週数	合併症の有無
/			
/			
/			

妊娠・分娩後の方はア～エも記入してください

- ア. 分娩後、授乳はいつまで行っていましたか(夜だけ、なども含めて)? _____ 年 _____ 月まで・現在も
 イ. 月経はいつから再開しましたか? _____ 年 _____ 月 _____ 日から
 ウ. 当院を受診する前に再び妊娠していますか? はい・いいえ
 『はい』と答えた方は、 _____ 年 _____ 月 分娩・流産・子宮外妊娠・その他
 _____ 年 _____ 月 分娩・流産・子宮外妊娠・その他

エ. 妊娠時およびその他合併症等があればご記入ください

()

②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 _____ 年 _____ 月 _____ 日から、現在 _____ 日目
 生理周期()日型

③当院を受診する前に他院で治療を受けていますか? はい・いいえ

④最近、子宮頸部がん検診、体部がん検診を受けていますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、 _____ 年 _____ 月

⑤他院での治療・妊娠歴をご記入ください (当院通院時以降)

タイミング 回 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

人工授精 回 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

体外受精 回 (次頁の表にご記入ください)

(次頁に続く)



神戸元町 夢クリニック

(前頁より続き)

体外受精(新鮮胚移植、全胚凍結)				※ 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	年齢	保険診療 /自由診療	施設名	刺激法	採卵数	受精 方法	受精 卵数	新鮮胚移植		妊娠の有無等
										凍結個数		
1				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET() BT() CC() BC()	有(出産・流産) 無	
2				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET() BT() CC() BC()	有(出産・流産) 無	
3				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET() BT() CC() BC()	有(出産・流産) 無	

凍結融解胚移植							
回数	年	月	年齢	保険診療 /自由診療	施設名	凍結融解移植胚	妊娠の有無等
1				保険診療 /自由診療		分割胚()・胚盤胞()	有(出産・流産) 無
2				保険診療 /自由診療		分割胚()・胚盤胞()	有(出産・流産) 無
3				保険診療 /自由診療		分割胚()・胚盤胞()	有(出産・流産) 無

Ⅲ. 現在、当院に凍結保存胚あるいは凍結保存精子がありますか？

ある 凍結保存胚 _____ 個、 凍結保存精子 _____ 本 ・ な い

Ⅳ. 以前、当院通院後これまでに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 病気になったり手術を受けたことはありますか？ はい・いいえ
- ② ①で『はい』と答えた方は、以下にご記入ください
- 主な病気() ()歳のとき、() ()歳のとき
- 手術() ()歳のとき、() ()歳のとき
- ③ ぜんそくにかかったことがありますか？ はい・いいえ
- ④ 高血圧、糖尿病の診断を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- ⑤ 輸血を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- ⑥ B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
- ⑦ クラミジアの検査で陽性になったことがありますか？ はい・いいえ
- 『はい』と答えた方は、治療を受けましたか？ はい・いいえ
- ⑧ 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
- ()
- ⑨ 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. ご家族の中に何か特別な病気の方がいますか？

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-)

☆あなたのご主人について

- ① 健康ですか？ はい・いいえ
- ② 今までにかかった病気、または手術を受けたことはありますか？ はい・いいえ
- 病名・術名()

ご記入ありがとうございます。

お名前

カルテNo.



神戸元町 夢クリニック