

問 診 票

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 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 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 ※以下すべて、西暦でご記入ください

- ①はじめての月経を見た年齢 () 歳 (小・中・高 年)
- 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 _____ 日間
- ③月経周期は順調ですか？ はい・いいえ
『はい』の方は何日型ですか？ () 日型 (←28日型等、月経開始日より次回開始日までの日数)
『いいえ』の方はどれくらいで生理がきますか？ (~) 日位でくる・こない
排卵誘発剤を使用した場合は何日型になりますか？(薬剤名: _____) を使えば () 日型

III. あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ①結婚(入籍)についてご記入ください
結婚 () 年 () 月 離婚 () 年 () 月
再婚 () 年 () 月
事実婚 () 年 () 月 未婚 () 年 () 月(結婚予定)
- ②セックスの経験はありますか？ はい・いいえ
- ③現在、夫婦間でセックスは可能ですか？ はい・いいえ
- ④妊娠したことはありますか？ はい・いいえ
- ⑤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 () 年 () 月、 () 年 () 月、 () 年 () 月、 () 年 () 月
自然流産 () 回 () 年 () 月、 () 年 () 月、 () 年 () 月、 () 年 () 月
分娩 () 回 () 年 () 月、 () 年 () 月、 () 年 () 月、 () 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内科疾患等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. 甲状腺疾患(機能亢進症・機能低下症・その他())

④上記③以外で過去に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、疾患の内容等を記入してください

疾患名	現在の通院状況等(どちらかをご選択ください)
	通院中 ・ 定期的な通院はなし
	通院中 ・ 定期的な通院はなし
	通院中 ・ 定期的な通院はなし

⑥現在、使用中の薬剤(内服薬、外用薬、注射剤等)はありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、薬の名前、種類等を記入してください

疾患名	薬品名、種類等

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、施設名をわかる範囲で記入してください

手術の内容()

()歳るとき 施設名()

手術の内容()

()歳るとき 施設名()

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子宮頸がんの検査を1年以内に受けましたか? はい・いいえ

⑭風疹の抗体検査をしたことがありますか? はい・いいえ

⑮風疹のワクチンを接種したことがありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、何回接種しましたか? (1回 ・ 2回 ・ 3回以上)

⑯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

()

⑰現在内服中のサプリメント、栄養補助食品等がありますか? はい・いいえ

『はい』と答えた方は、商品名等を記入してください

()

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

現在、喫煙されていますか? はい ()本/日・ いいえ

(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)

- VI. ①ご主人は健康ですか? はい・いいえ
 ②ご主人は現在治療中の疾患はありますか?
 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がありますか?
 はい 手術名() ・いいえ
- VII. ご夫婦に伺います。血縁者で遺伝性の疾患をおもちの方はいらっしゃいますか?
 いる [誰()が疾患名()、誰()が疾患名()] ・いない

以下、これまでの不妊検査・治療についてお伺いします

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 (年 月頃から開始) ・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 ※卵巣刺激周期:排卵誘発剤を使用した周期

自然周期によるタイミング 保険診療()回 自由診療()回

保険診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

自由診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

卵巣刺激周期によるタイミング 保険診療()回 自由診療()回

保険診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

自由診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

5. 人工授精を受けたことがありますか? はい (年 月頃から開始) ・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 ※卵巣刺激周期:排卵誘発剤を使用した周期

自然周期による人工授精 保険診療()回 自由診療()回

保険診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

自由診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

卵巣刺激周期による人工授精 保険診療()回 自由診療()回

保険診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

自由診療で最後に施行した日(年 月) 施設名()

(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。また、今現在保管中の凍結胚はありますか？(ある・ない)

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 凍結個数		妊娠の有無等	
										ET()	BT()		CC()
1				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
2				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
3				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
4				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
5				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
6				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
7				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
8				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
9				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
10				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
11				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	有(出産・流産) 無	
12				保険診療 /自由診療				媒精 /顕微		ET()	BT()	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		
4				保険診療 /自由診療		分割胚()・胚盤胞()					有(出産・流産) 無		
5				保険診療 /自由診療		分割胚()・胚盤胞()					有(出産・流産) 無		
6				保険診療 /自由診療		分割胚()・胚盤胞()					有(出産・流産) 無		
7				保険診療 /自由診療		分割胚()・胚盤胞()					有(出産・流産) 無		

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