

※クリニック記入欄

年 月 日 初診

カルテ番号

問 診 票(初診用)

産婦人科（不妊治療）
神戸元町夢クリニック

ふりがな

生年月日 西暦

(S/H

) 年

月

日

お名前

年齢

歳

I. 当院での治療の希望について

1. 何を希望されますか？

- ☐ 当院で不妊治療を受けたい
☐ 本日でできる検査だけを受けたい(不妊治療を受けるかは未定)
☐ 相談のみを希望(セカンドオピニオン等)
☐ その他()

2. 上記1.にて「当院で不妊治療を受けたい」を選択された方に伺います。
当院での治療内容は次のうちどれを希望されますか？

- ☐ 保険診療での体外受精 ・ ☐ 自由診療での体外受精
☐ 一般不妊治療(タイミング、人工授精) ・ ☐ 相談して決めたい
☐ その他()

3. これまで受けたことがあるものを下記から全てお答えください。

- ☐ 検査や治療は受けたことがない
☐ 妊娠できる状態かどうか調べる検査 ・ ☐ タイミング指導 ・ ☐ 人工授精 ・ ☐ 体外受精

II. あなた(女性)の身長・体重、月経などについて

1. あなた(女性)の身長・体重・血液型

血型ABO ☐ A ・ ☐ B ・ ☐ O ・ ☐ AB ・ ☐ 不明身長 _____ cm 体重 _____ kg 血型Rh ☐ + ・ ☐ - ・ ☐ 不明2. 初めて月経がきた年齢 _____ 歳 (☐ 小 ・ ☐ 中 ・ ☐ 高 _____ 年頃)

3. 最終月経をお教えてください。 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間

4. 月経周期は順調ですか？ ☐ はい ・ ☐ いいえ

「はい」の方は 平均何日型ですか？ _____ 日型 (←28日型など、月経開始日から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？ ☐ くる (_____ ~ _____ 日位) ・ ☐ 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 _____ 日型

III. あなた(女性)の結婚・妊娠歴について

1. 結婚について ☐ 結婚 ・ ☐ 再婚 ・ ☐ 事実婚 ・ ☐ 未婚 入籍年月 _____ 年 _____ 月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

妊娠したことのある方は次にお答えください。

自然流産 _____ 回 自然妊娠 人工授精 体外受精

1. _____ 年 _____ 月 ☐ ・ ☐ ・ ☐2. _____ 年 _____ 月 ☐ ・ ☐ ・ ☐3. _____ 年 _____ 月 ☐ ・ ☐ ・ ☐

人工妊娠中絶 _____ 回 自然妊娠 人工授精 体外受精

1. _____ 年 _____ 月 ☐ ・ ☐ ・ ☐2. _____ 年 _____ 月 ☐ ・ ☐ ・ ☐3. _____ 年 _____ 月 ☐ ・ ☐ ・ ☐

分娩歴につきましては次ページにあります。

分娩	_____ 回	自然 妊娠	人工 授精	体外 受精
1. _____ 年 _____ 月		☐	☐	☐
2. _____ 年 _____ 月		☐	☐	☐
3. _____ 年 _____ 月		☐	☐	☐

IV.これまでにかった主な病気、受けた手術、生活習慣ついて

1.これまでに産婦人科疾患を指摘されたことはありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は 以下の当てはまる疾患にチェックをいれてください。(治療済みも含む)

☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮腺筋症 ☐ 子宮内膜ポリープ ☐ 子宮頸部異常(異形成、上皮内癌など)

☐ 子宮内膜増殖症 ☐ 子宮内膜症

☐ 卵巣腫瘍(☐ 右・☐ 左・☐ 両側 腫瘍名:)

☐ 多のう胞性卵巣 ☐ 卵巣機能不全 ☐ 高プロラクチン血症(潜在性を含む)

☐ 不育症(不育症検査で異常を指摘された検査項目:)

☐ クラミジア感染症 ☐ その他()

2.内科疾患等で以下の項目を指摘されたことはありますか?(現在治療中も含む)

☐ 喘息 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病

☐ 甲状腺疾患(☐ 機能亢進症・☐ 機能低下症・☐ その他:)

3.上記以外の疾患はありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は 疾患の内容をお教えてください。(治療済みも含む)

疾患名	現在の通院状況等
	☐ 定期的な通院なし・ ☐ 通院中(通院先)
	☐ 定期的な通院なし・ ☐ 通院中(通院先)
	☐ 定期的な通院なし・ ☐ 通院中(通院先)

4.上記1.2.3.で疾患があるとお答えの方は、主治医から妊娠許可はありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

5.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」の方は 薬剤の名前、種類等をお教えてください。

疾患名	薬剤名、種類等

6.手術を受けたことはありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は 手術の内容、受けた年齢、施設名を分かる範囲でお教えてください。

手術の内容	年齢	施設名

7.輸血を受けたことはありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

8.B型、C型肝炎の検査で陽性になったことはありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

9.血栓症と言われたことはありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

10.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

11.風疹の抗体検査をしたことはありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

12.風疹のワクチンを接種したことはありますか？ ☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は 何回接種しましたか？ ☐ 1回・☐ 2回・☐ 3回以上

13.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」の方は薬の名前、種類をお教えてください。

14.内服中のサプリメント、栄養補助食品などがありますか？

☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は商品名等をお教えてください。

15.現在、喫煙はされていますか？

☐ はい・☐ いいえ

V.ご家族について

1.ご主人(男性)について

1-1.ご主人(男性)は健康ですか？

☐ はい・☐ いいえ

1-2.ご主人(男性)は現在治療中の疾患はありますか？

☐ はい・☐ いいえ

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ がん ☐ 遺伝病()
☐ その他()

1-3.ご主人(男性)はこれまで手術を受けたことはありますか？

☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は 手術の内容をお教えてください。

()

2.ご夫婦の血縁者について

血縁者で遺伝性の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

☐ いる・☐ いない

「いる」の方は 関係性と疾患名を分かる範囲でお教えてください。

関係性() 疾患名()

VI.これまでの不妊検査・治療について

1.卵管造影検査(又は通水検査)は受けたことはありますか？

☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は結果についてお教えてください。

右 ☐ 正常・☐ 閉塞・☐ 狭窄・☐ 癒着・☐ 水腫・☐ その他()

左 ☐ 正常・☐ 閉塞・☐ 狭窄・☐ 癒着・☐ 水腫・☐ その他()

2.ご主人(男性)は精液検査を受けたことはありますか？

☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は結果(複数の場合は最も良好な結果)についてお教えてください。

精液量()ml 濃度()×100万/ml 運動率()% (☐ 正常・☐ 異常)

3.ヒューナーテスト(性交後検査)を受けたことはありますか？

☐ はい・☐ いいえ

「はい」の方は結果(最も良好な結果)についてお教えてください。 (☐ 良好・☐ やや不良・☐ 不良)

4.タイミング指導を受けたことはありますか？

☐ はい (年 月頃から開始)・☐ いいえ

※排卵誘発剤の使用がなかった場合を自然周期、使用があった場合を刺激周期としてカウントしてください。

回数 最後の実施 施設名

自然周期 保険診療 回 年 月 ()

自由診療 回 年 月 ()

刺激周期 保険診療 回 年 月 ()

自由診療 回 年 月 ()

5.人工授精を受けたことはありますか？

☐ はい (年 月頃から開始)・☐ いいえ

※排卵誘発剤の使用がなかった場合を自然周期、使用があった場合を刺激周期としてカウントしてください。

回数 最後の実施 施設名

自然周期 保険診療 回 年 月 ()

自由診療 回 年 月 ()

刺激周期 保険診療 回 年 月 ()

自由診療 回 年 月 ()

6.体外受精治療は受けたことはありますか？

□ はい・□ いいえ

「はい」の方は採卵、移植の回数、今日現在で凍結保存中の凍結胚の個数をお教えてください。

現在保管中の凍結胚

初期胚 胚盤胞

採卵回数 移植回数

保険診療 回 回 個 個

自由診療 回 回 個 個

採卵歴

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	培養結果
1				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
2				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
3				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
4				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
5				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
6				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
7				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
8				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
9				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
10				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
11				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止
12				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚初期胚() 胚盤胞() 培養中止

胚移植歴

※新鮮胚移植、凍結胚移植関係なく、実施した胚移植について記入してください。

回数	年	月	年齢	保険診療 / 自由診療	施設名	周期(薬剤等の状況)	胚の状態	移植個数 初期胚 胚盤胞	妊娠の有無等
1				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮・凍結胚	()()	無・有 (出産・流産)
2				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮・凍結胚	()()	無・有 (出産・流産)
3				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮・凍結胚	()()	無・有 (出産・流産)
4				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮・凍結胚	()()	無・有 (出産・流産)
5				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮・凍結胚	()()	無・有 (出産・流産)
6				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮・凍結胚	()()	無・有 (出産・流産)
7				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮・凍結胚	()()	無・有 (出産・流産)