

# 生殖外来問診票 (女性用)

当院では、ご提供頂いた個人情報は医療サービスの提供・医療保険事務などの目的に利用させていただきます。  
患者様の個人情報が外部に漏れることはありません。

受診日 年 月 日

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| 本人 <small>ふりがな</small> 氏名： | 生年月日：西暦 年 月 日 ( 歳 ) |
|----------------------------|---------------------|

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| 夫 (パートナー) <small>ふりがな</small> 氏名： | 生年月日：西暦 年 月 日 ( 歳 ) |
|-----------------------------------|---------------------|

連絡先 〒 住所 \_\_\_\_\_

TEL ①ご本人様携帯 ( \_\_\_\_\_ )

緊急連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) ※①のご連絡先に繋がらない場合や、緊急時にご連絡させていただきます。

{  夫 (パートナー)  ご家族など ( \_\_\_\_\_ 様：続柄 \_\_\_\_\_ ) }

※当院より電話・郵送でご連絡する場合、病院名を告げてもらいますか ( はい ・ いいえ )

ご職業 (具体的にご記入ください) :

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_

本日はどのような目的で来院されましたか。

不妊検査と治療希望 (  タイミング療法  人工授精  体外受精・顕微授精 )

他院からの紹介 ( 病院名： \_\_\_\_\_ )

他院で不妊治療しているが、病院を変えたい

第2子以降の体外受精 (凍結胚の移植)

体外受精のセカンドオピニオン

不育症検査希望 (習慣性流産の検査)

プライダルチェック (不妊検査のみ希望)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

1. 月経 (生理) について、具体的にご記入ください。

- ・ 初経 (初めての月経) ( \_\_\_\_\_ ) 歳
- ・ 普段の月経周期  規則的 約 ( \_\_\_\_\_ ) 日間  不規則 (短い \_\_\_\_\_ ) 日 ~ (長い時 \_\_\_\_\_ ) 日間
- ・ 出血量  多い  普通  少ない
- ・ 月経痛  ない  ある ( 軽度 ・ やや強い ・ 我慢出来ないほど強い )
- ・ 最終月経 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) より、本日 ( \_\_\_\_\_ ) 日目 ※例：4月1日から生理開始の場合、4月1日を1日目として数えます

2. あてはまる口に✓を付け、必要事項をご記入ください。

- ・ 結婚歴  既婚 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月：初婚・再婚 ) 本人 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 夫 ( \_\_\_\_\_ ) 歳の時  
 事実婚 - 現在 ( 同居 ・ 別居 )  
 未婚 - ご結婚の予定： なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 日入籍予定)
- ・ 夫 (パートナー)  初婚  再婚・再々婚： お子様の有無 ( なし ・ あり ) 人
- ・ 不妊期間 (避妊をせず、妊娠を希望してからの期間)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで)

3. 妊娠したことはありますか  いいえ  はい ⇒ ※妊娠したことがある方は下記についてご記入ください。

| 年月日   | 不妊治療の有無                                                                                                                              | 経過                                                                                                                                                                                                                                        | 流産の場合にご記入ください                                                                                                                              | 病院名 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 年 月 | <input type="checkbox"/> 自然妊娠<br><input type="checkbox"/> タイミング後<br><input type="checkbox"/> 人工授精後<br><input type="checkbox"/> 体外受精後 | <input type="checkbox"/> 分娩 (自然・帝王切開) ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 流産 (自然・手術) ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 死産 ( _____ ) 週 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 ( _____ ) 週 | <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ<br><input type="checkbox"/> 胎囊が見えた<br><input type="checkbox"/> 胎児が見えた<br><input type="checkbox"/> 胎児心拍が見えた |     |
| 2 年 月 | <input type="checkbox"/> 自然妊娠<br><input type="checkbox"/> タイミング後<br><input type="checkbox"/> 人工授精後<br><input type="checkbox"/> 体外受精後 | <input type="checkbox"/> 分娩 (自然・帝王切開) ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 流産 (自然・手術) ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 死産 ( _____ ) 週 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 ( _____ ) 週 | <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ<br><input type="checkbox"/> 胎囊が見えた<br><input type="checkbox"/> 胎児が見えた<br><input type="checkbox"/> 胎児心拍が見えた |     |
| 3 年 月 | <input type="checkbox"/> 自然妊娠<br><input type="checkbox"/> タイミング後<br><input type="checkbox"/> 人工授精後<br><input type="checkbox"/> 体外受精後 | <input type="checkbox"/> 分娩 (自然・帝王切開) ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 流産 (自然・手術) ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 死産 ( _____ ) 週 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠 ( _____ ) 週<br><input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 ( _____ ) 週 | <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ<br><input type="checkbox"/> 胎囊が見えた<br><input type="checkbox"/> 胎児が見えた<br><input type="checkbox"/> 胎児心拍が見えた |     |

・ 現夫 (パートナー) との妊娠回数 ( \_\_\_\_\_ ) 回、出産回数 ( \_\_\_\_\_ ) 回

4. 婦人科などの既往歴についてご記入ください。

・ 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか。

子宮頸部  いいえ  はい 最終検診 年 月 病院名 ( )  
 【 異常  なし  あり ⇒ (  治療なし  経過観察  治療中 ) 】

HPV検査  いいえ  はい 最終検診 年 月 病院名 ( )  
 【 結果  (-)  (+) 】

子宮体部  いいえ  はい 最終検診 年 月 病院名 ( )  
 【 異常  なし  あり ⇒ (  治療なし  経過観察  治療中 ) 】

・ 右側に記載されている箇所の病気をしたことがありますか。【 子宮・卵巣(右/左/両側)・乳房・甲状腺 】  
 いいえ

はい ⇒ ※子宮・卵巣・乳房・甲状腺の既往歴について、下記にご記入ください。

|   | 病名 | 年/月 | 年齢 | 手術                                                                  | 病院名 | 経過                                                                                                                       |
|---|----|-----|----|---------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 |    | 年月  | 歳  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br>手術名 ( ) |     | <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし<br><input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 |
| 2 |    | 年月  | 歳  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br>手術名 ( ) |     | <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし<br><input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 |
| 3 |    | 年月  | 歳  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br>手術名 ( ) |     | <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし<br><input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 |

・ 婦人科系以外で、下記の病気をしたことがありますか。

いいえ

はい ⇒ 喘息 ・ 膠原病 (SLE、慢性関節リウマチなど) ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心疾患  
 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ 悪性腫瘍 ・ 血液疾患 ・ 血栓症 ・ 結核 ・ てんかん ・ 精神疾患  
 感染症 ( B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ クラミジア ・ 性器ヘルペスなど )  
 その他 ( )

※通院歴、手術歴などを下記にご記入ください。

|   | 病名 | 年/月 | 年齢 | 手術                                                                  | 病院名 | 経過                                                                                                                       |
|---|----|-----|----|---------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 |    | 年月  | 歳  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br>手術名 ( ) |     | <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし<br><input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 |
| 2 |    | 年月  | 歳  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br>手術名 ( ) |     | <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし<br><input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 |
| 3 |    | 年月  | 歳  | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有<br>手術名 ( ) |     | <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療なし<br><input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 |

・ しぼると母乳が出る・急激に体重が増減したなど、現在気になる自覚症状はありますか。

いいえ  はい ⇒ ( )

・ 薬や食物のアレルギーはありますか。  いいえ  はい ⇒ 薬品名 ( )  
 食品名 ( )

・ 現在内服しているお薬はありますか。  いいえ  はい ⇒ 薬品名 ( )  
 薬品名 ( )

・ 輸血をしたことはありますか。  いいえ  はい ⇒ ( 年 月,理由: )

5. 現在の生活に関することについてご記入ください。

・ 性生活 : 1か月の性交回数 約 ( ) 回

性交痛はありますか。  いいえ  はい

・ 飲酒の習慣はありますか。  いいえ  はい ⇒ 毎日 ( ml程度) ・ 週数回 ・ 月数回

・ 喫煙の習慣はありますか。  いいえ  はい ⇒ ( 本/日)

・ 宗教上の理由で受けられない治療はありますか。  いいえ  はい ⇒ ( )

6. 今までに受けた不妊検査・不妊治療についてご記入ください。

- 受けたことがない     受けたことがある ⇒  不妊検査 ⇒ 下記の①をご記入ください。  
 不妊治療 ⇒ 下記の②をご記入ください。

⇒ ① 今までに受けた不妊検査についてご記入ください。（複数回検査を受けられた方は、最後に受けた結果を記入してください）

|   | 検査時期 | 検査内容     | 検査結果                         | 病院名 |
|---|------|----------|------------------------------|-----|
| 1 | 年 月  | 基礎体温     | 正常・異常（ ）                     |     |
| 2 | 年 月  | 子宮卵管造影検査 | 正常・異常（ 右卵管 / 左卵管 / 両方 / 不明 ） |     |
| 3 | 年 月  | 卵管通水検査   | 正常・異常（ ）                     |     |
| 4 | 年 月  | 基礎ホルモン検査 | 正常・異常（ ）                     |     |
| 5 | 年 月  | フーナーテスト  | 正常・異常（ ）                     |     |
| 6 | 年 月  | 子宮鏡検査    | 正常・異常（ ）                     |     |
| 7 | 年 月  | 精液検査     | 正常・異常（ ）                     |     |

⇒ ② 今までに受けた不妊治療についてご記入ください。

|   | 治療期間           | 治療の種類                                                                                              | 治療内容                                                                       | 病院名 |
|---|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | 年 月から<br>年 月まで | <input type="checkbox"/> タイミング療法                                                                   | 排卵誘発剤使用なし（ ）回<br>排卵誘発剤使用あり（ ）回、薬剤名（ ）                                      |     |
|   | 年 月から<br>年 月まで | <input type="checkbox"/> 人工授精                                                                      | 排卵誘発剤使用なし（ ）回<br>排卵誘発剤使用あり（ ）回、薬剤名（ ）                                      |     |
|   | 年 月から<br>年 月まで | <input type="checkbox"/> 体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 | （ ）回 ⇒ ※下記に詳細をご記入ください。<br>（ ）回 ⇒ ※下記に詳細をご記入ください。<br>（ ）回 ⇒ ※下記に詳細をご記入ください。 |     |
| 2 | 年 月から<br>年 月まで | <input type="checkbox"/> タイミング療法                                                                   | 排卵誘発剤使用なし（ ）回<br>排卵誘発剤使用あり（ ）回、薬剤名（ ）                                      |     |
|   | 年 月から<br>年 月まで | <input type="checkbox"/> 人工授精                                                                      | 排卵誘発剤使用なし（ ）回<br>排卵誘発剤使用あり（ ）回、薬剤名（ ）                                      |     |
|   | 年 月から<br>年 月まで | <input type="checkbox"/> 体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 | （ ）回 ⇒ ※下記に詳細をご記入ください。<br>（ ）回 ⇒ ※下記に詳細をご記入ください。<br>（ ）回 ⇒ ※下記に詳細をご記入ください。 |     |

⇒ ※体外受精・顕微授精および凍結融解胚移植の治療内容を下記にご記入ください。

|   | 年月日   | 保険または自費                                                        | 採卵・培養                                                                                                                                                                                                                 | 胚凍結・胚移植                                                                                                                                                                                                                                                        | 移植後結果                                                                                                  | 病院名 |
|---|-------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | 年 月 歳 | <input type="checkbox"/> 保険<br><br><input type="checkbox"/> 自費 | <b>【卵子獲得】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ ）個獲得<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【受精方法】</b><br><input type="checkbox"/> 通常の体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精どちらも | <b>【凍結保存】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ ）個凍結保存<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【胚移植】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ 保険 ・ 自費 ）<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚（ ）個移植<br><input type="checkbox"/> 新鮮胚（ ）個移植<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 出産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠後流産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠せず |     |
| 2 | 年 月 歳 | <input type="checkbox"/> 保険<br><br><input type="checkbox"/> 自費 | <b>【卵子獲得】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ ）個獲得<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【受精方法】</b><br><input type="checkbox"/> 通常の体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精どちらも | <b>【凍結保存】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ ）個凍結保存<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【胚移植】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ 保険 ・ 自費 ）<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚（ ）個移植<br><input type="checkbox"/> 新鮮胚（ ）個移植<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 出産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠後流産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠せず |     |
| 3 | 年 月 歳 | <input type="checkbox"/> 保険<br><br><input type="checkbox"/> 自費 | <b>【卵子獲得】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ ）個獲得<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【受精方法】</b><br><input type="checkbox"/> 通常の体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精どちらも | <b>【凍結保存】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ ）個凍結保存<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【胚移植】</b><br><input type="checkbox"/> あり（ 保険 ・ 自費 ）<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚（ ）個移植<br><input type="checkbox"/> 新鮮胚（ ）個移植<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 出産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠後流産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠せず |     |

→ 裏面に続きます

|   | 年月日   | 保険または自費                                                        | 採卵・培養                                                                                                                                                                                                                 | 胚凍結・胚移植                                                                                                                                                                                                                                                        | 移植後結果                                                                                                  | 病院名 |
|---|-------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4 | 年 月 歳 | <input type="checkbox"/> 保険<br><br><input type="checkbox"/> 自費 | <b>【卵子獲得】</b><br><input type="checkbox"/> あり( )個獲得<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【受精方法】</b><br><input type="checkbox"/> 通常の体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精どちらも | <b>【凍結保存】</b><br><input type="checkbox"/> あり( )個凍結保存<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【胚移植】</b><br><input type="checkbox"/> あり( 保険 ・ 自費 )<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚( )個移植<br><input type="checkbox"/> 新鮮胚( )個移植<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 出産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠後流産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠せず |     |
| 5 | 年 月 歳 | <input type="checkbox"/> 保険<br><br><input type="checkbox"/> 自費 | <b>【卵子獲得】</b><br><input type="checkbox"/> あり( )個獲得<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【受精方法】</b><br><input type="checkbox"/> 通常の体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精どちらも | <b>【凍結保存】</b><br><input type="checkbox"/> あり( )個凍結保存<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【胚移植】</b><br><input type="checkbox"/> あり( 保険 ・ 自費 )<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚( )個移植<br><input type="checkbox"/> 新鮮胚( )個移植<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 出産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠後流産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠せず |     |
| 6 | 年 月 歳 | <input type="checkbox"/> 保険<br><br><input type="checkbox"/> 自費 | <b>【卵子獲得】</b><br><input type="checkbox"/> あり( )個獲得<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【受精方法】</b><br><input type="checkbox"/> 通常の体外受精<br><input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精どちらも | <b>【凍結保存】</b><br><input type="checkbox"/> あり( )個凍結保存<br><input type="checkbox"/> なし<br><br><b>【胚移植】</b><br><input type="checkbox"/> あり( 保険 ・ 自費 )<br><input type="checkbox"/> 凍結融解胚( )個移植<br><input type="checkbox"/> 新鮮胚( )個移植<br><input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 出産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠後流産<br><br><input type="checkbox"/> 妊娠せず |     |

7. 当院に対するご要望がございましたら、ご記入ください。

ご記入は以上となります。  
ご協力をいただき、ありがとうございました。