

# 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。

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳)
夫 (パートナー) ふりがな 氏名		生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳)

連絡先 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

TEL { ① 本人様携帯 ( \_\_\_\_\_ )  
 ② 緊急連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) □夫 (パートナー) □ご家族など ( \_\_\_\_\_ 様: 続柄 \_\_\_\_\_ )

※①の連絡先に繋がらない場合や、緊急の場合に②へご連絡させていただきます。

当院から電話・郵送によりご連絡する際、病院名を告げてもよろしいですか。( はい・いいえ )

ご職業 (具体的に記入ください)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_ ◎BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) ※身長はcm→mにして計算

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 ( 医療機関名: \_\_\_\_\_ )  
 ( 医療機関からの紹介状をお持ちですか  いいえ  はい )

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 ( \_\_\_\_\_ )

現在、他の医療機関に通院されていますか。

いいえ  はい ⇒ 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

1. 月経 (生理) について、ご記入ください。

● 最終月経開始日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) を1日目として、本日 ( \_\_\_\_\_ ) 日目  
 (※一番最近の月経開始日から本日までの日数を数えます)

● 普段の性周期について。  規則的: 約 ( \_\_\_\_\_ ) 日間  不規則: (短い時 \_\_\_\_\_ ) 日 ~ (長い時 \_\_\_\_\_ ) 日間  
 (※性周期: 月経開始日から次の月経が始まる前日まで)

● 普段の月経 (月経痛、出血量など) で気になること。 ( \_\_\_\_\_ )

2. あてはまる□に✓を付け、必要事項をご記入ください。

● 婚姻歴 {  初婚 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 本人 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 夫 ( \_\_\_\_\_ ) 歳の時  
 再婚 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 本人 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 夫 ( \_\_\_\_\_ ) 歳の時  
 事実婚 - 現在 ( 同居・別居 )  
 未婚 - 入籍の予定 ( なし・あり \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 日入籍予定 )  
 夫 (パートナー) について:  初婚  再婚・再々婚 - お子様の有無 ( なし・あり \_\_\_\_\_ 人)

● 避妊をせず、妊娠を希望してからの期間 (妊活期間) \_\_\_\_\_ 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 ⇒ ※下記に妊娠経過をご記入ください。(裏面にも続きます)

妊娠時期	不妊治療の有無	妊娠経過	医療機関名
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング治療後 <input type="checkbox"/> 人工授精後 <input type="checkbox"/> 体外受精後	<input type="checkbox"/> 分娩 (自然・帝王切開) _____ 年 _____ 月 ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 児 (健康・特記あり: _____ ) <input type="checkbox"/> 自然流産 (自然・手術) ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠	不妊治療施設 妊娠後の管理・分娩施設
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング治療後 <input type="checkbox"/> 人工授精後 <input type="checkbox"/> 体外受精後	<input type="checkbox"/> 分娩 (自然・帝王切開) _____ 年 _____ 月 ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 児 (健康・特記あり: _____ ) <input type="checkbox"/> 自然流産 (自然・手術) ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠	不妊治療施設 妊娠後の管理・分娩施設
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング治療後 <input type="checkbox"/> 人工授精後 <input type="checkbox"/> 体外受精後	<input type="checkbox"/> 分娩 (自然・帝王切開) _____ 年 _____ 月 ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 児 (健康・特記あり: _____ ) <input type="checkbox"/> 自然流産 (自然・手術) ( _____ 週) <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠	不妊治療施設 妊娠後の管理・分娩施設

妊娠時期	不妊治療の有無	妊娠経過	医療機関名
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング治療後 <input type="checkbox"/> 人工授精後 <input type="checkbox"/> 体外受精後	<input type="checkbox"/> 分娩（自然・帝王切開） 年 月（ 週） 児（健康・特記あり： <input type="checkbox"/> 自然流産（自然・手術）（ 週） <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠	不妊治療施設 妊娠後の管理・分娩施設
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング治療後 <input type="checkbox"/> 人工授精後 <input type="checkbox"/> 体外受精後	<input type="checkbox"/> 分娩（自然・帝王切開） 年 月（ 週） 児（健康・特記あり： <input type="checkbox"/> 自然流産（自然・手術）（ 週） <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠	不妊治療施設 妊娠後の管理・分娩施設
年 月	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング治療後 <input type="checkbox"/> 人工授精後 <input type="checkbox"/> 体外受精後	<input type="checkbox"/> 分娩（自然・帝王切開） 年 月（ 週） 児（健康・特記あり： <input type="checkbox"/> 自然流産（自然・手術）（ 週） <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠	不妊治療施設 妊娠後の管理・分娩施設

・ 現夫（パートナー）との妊娠回数（ ）回、出産回数（ ）回

4. 健康診断についてご記入ください。

・ 1年以内に健康診断を受けましたか。

いいえ はい⇒ 健診時期 年 月 医療機関名（ ）

・ 今までに子宮頸がん検診を受けたことはありますか。

いいえ はい⇒ 最終検診 年 月 医療機関名（ ）

【異常 なし あり⇒（ 治療なし 経過観察 治療中 治療済 ）】

・ 子宮頸がん検診の際にHPV検査を受けたことはありますか。

いいえ はい⇒ 最終検診 年 月 【 HPV結果 （-） （+） 】

5. 既往歴についてご記入ください。

下記の病気をしたことはありますか。

- |   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 子宮（筋腫・腺筋症・頸管ポリープなど）          | <input type="checkbox"/> 乳房疾患                | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 |
| <input type="checkbox"/> 卵巣（嚢腫・多嚢胞性卵巣症候群・茎捻転など）       | <input type="checkbox"/> 喘息                  | <input type="checkbox"/> 糖尿病   |
| <input type="checkbox"/> 喘息                           | <input type="checkbox"/> 膠原病（SLE、慢性関節リウマチなど） | <input type="checkbox"/> 心疾患   |
| <input type="checkbox"/> 腎疾患                          | <input type="checkbox"/> 肝疾患                 | <input type="checkbox"/> がん    |
| <input type="checkbox"/> 感染症（ B型肝炎・C型肝炎・梅毒・クラミジア など ） | <input type="checkbox"/> 血液疾患（血栓症など）         | <input type="checkbox"/> てんかん  |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）                       | <input type="checkbox"/> 精神疾患                |                                |

⇒ ※その際の通院歴、治療歴などをご記入ください。

疾患名	年/月	年齢	手術の有無	経過	医療機関名
	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：手術名（ ）	<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：手術名（ ）	<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：手術名（ ）	<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：手術名（ ）	<input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
	年 月	歳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：手術名（ ）	<input type="checkbox"/> 治療済 <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⇒（ ）

・ 現在服用しているお薬はありますか。 いいえ はい⇒

薬剤名（ ） 服用期間（ ）

薬剤名（ ） 服用期間（ ）

薬剤名（ ） 服用期間（ ）

・ 薬剤アレルギーはありますか。

いいえ はい⇒ 原因薬剤名（ ）

・ 食物アレルギーはありますか。

いいえ はい⇒ 原因食材名（ ）

・ その他のアレルギーはありますか。

いいえ はい⇒（ ）

（金属、ラテックスゴム等）

・ 輸血をしたことはありますか。

いいえ はい⇒（ 年 月 理由： ）

6. 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）

7. 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
- ⇒ 裏面8.へお進みください。 ⇒ 不妊検査について ⇒ 下記の①にご記入ください。  
不妊治療について ⇒ 下記の②にご記入ください。

⇒ ① 不妊検査歴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	医療機関名
年 月	基礎体温	正常・異常（ ）	
年 月	子宮卵管造影検査	正常・異常（ 右卵管 / 左卵管 / 両方 ）	
年 月	卵管通水検査	正常・異常（ ）	
年 月	性ホルモン検査	正常・異常（ ）	
年 月	AMH検査	正常・異常（ ）	
年 月	クラミジア検査	正常・異常（ ）	
年 月	子宮鏡検査	正常・異常（ ）	
年 月	精液検査	正常・異常（ ）	

⇒ ② 不妊治療歴についてご記入ください。

治療の種類	治療期間	治療内容	医療機関名
1	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精	年 月から 年 月まで 排卵誘発剤使用（なし 回・あり 回） 使用薬剤名（ ）	
		年 月から 年 月まで 排卵誘発剤使用（なし 回・あり 回） 使用薬剤名（ ）	
	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植	年 月から 年 月まで →（ ）回 →（ ）回 →（ ）回 } ※下記に 詳細をご記入下さい	
2	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精	年 月から 年 月まで 排卵誘発剤使用（なし 回・あり 回） 使用薬剤名（ ）	
		年 月から 年 月まで 排卵誘発剤使用（なし 回・あり 回） 使用薬剤名（ ）	
	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植	年 月から 年 月まで →（ ）回 →（ ）回 →（ ）回 } ※下記に 詳細をご記入下さい	

※体外受精・顕微授精および凍結融解胚移植の治療内容をご記入ください。（裏面にも続きます）

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

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

8. ◆当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しますか？

同意する ・ 同意しない

当院では患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

9. 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。  
ご協力いただきありがとうございました。  
仙台ソレイユ母子クリニック 生殖医療外来