


さっぽろARTクリニック 問診票

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

* 下記太枠項目は必須項目になります。 でチェックをお願いします。 初診日 年 月 日 ID

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
職業		職業	
住所	〒		
<input type="checkbox"/> 携帯番号 - - <input type="checkbox"/> 自宅番号 () - -	 さっぽろARTクリニック Assisted Reproductive Technology		
携帯メールアドレス等 _____ @以下は下記を選択してください <input type="checkbox"/> docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> i.softbank.jp <input type="checkbox"/> k.vodafone.ne.jp <input type="checkbox"/> gmail.com <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 携帯なし			
クリニックまでの通院時間 約 時間 分 交通機関()			
ご紹介者 () <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> クリニック			
医師のご希望		<input type="checkbox"/> 藤本医師 <input type="checkbox"/> 本間医師 <input type="checkbox"/> 特になし	
1) 本日はどのようなことで来院されましたか <input type="checkbox"/> 不妊の相談 妊娠を希望されてどのくらいの期間が経過していますか 年 ヶ月 <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精相談 <input type="checkbox"/> 不育症・習慣流産の相談(妊娠するが流産となる等) <input type="checkbox"/> 男性不妊外来受診中 <input type="checkbox"/> 他院より紹介() <input type="checkbox"/> がん検診・子宮頸癌ワクチン希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(不妊治療相談) <input type="checkbox"/> その他 ()			
2) 月経について ・ 初潮 _____ 歳 ・ 最終月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間) ・ その前の月経 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間) ・ 周期 <input type="checkbox"/> 順調(_____ 日周期) <input type="checkbox"/> 不順(_____ 日から _____ 日) ・ 月経に伴い右記の症状がありますか <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 ・ 痛み止めを使用しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
3) 結婚について <input type="checkbox"/> 結婚(S・H 年 月) <input type="checkbox"/> 離婚(S・H 年 月) <input type="checkbox"/> 再婚(S・H 年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 未婚(H 年 月結婚予定)			
4) 妊娠されたことはありますか ① S・H 年 歳の時(経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g) ② S・H 年 歳の時(経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g) ③ S・H 年 歳の時(経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g) ④ S・H 年 歳の時(経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産)妊娠 週(男・女 g)			

* ご記入ありがとうございました。

体外受精を受けられた方は記入お願いいたします。

採卵 1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート ・ロング ・アンタゴニスト ・クロミッド その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚 盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート ・ロング ・アンタゴニスト ・クロミッド その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚 盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 3回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート ・ロング ・アンタゴニスト ・クロミッド その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚 盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 4回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート ・ロング ・アンタゴニスト ・クロミッド その他()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚 盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	

ご希望の治療などがあればお書きください

()

* ご記入ありがとうございました。