

問診票

* 個人情報 は 当院 が 診療 に 必要 な 用途 以外 に は 使 い ませ ん。

* 緊急 時 など に ご 連絡 が 必要 な 場合 も あ り ま す の で、正 確 に ご 記 入 く だ さ い。

妻	ふりがな		携帯電話番号	
	お名前	(才)	生年月日(西暦)	年 月 日
			ご職業	
			身長 cm	体重 kg
夫	ふりがな		携帯電話番号	
	お名前	(才)	生年月日(西暦)	年 月 日
			ご職業	
			身長 cm	体重 kg
ご住所	〒 _____			

	自宅電話番号 _____			

結婚について	<input type="checkbox"/> 既婚(初婚・再婚) 入籍日【(西暦) 年 月 日(才)】	
	<input type="checkbox"/> 離婚【(西暦) 年 月】 * 前パートナーとの間の妊娠の有無 夫(あり・なし) 妻(あり・なし)	
	<input type="checkbox"/> 婚約中【(西暦) 年 月頃入籍予定】	
	<input type="checkbox"/> 事実婚(内縁)	
	<input type="checkbox"/> 未婚(具体的な入籍予定なし)	
受診理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 拳児希望 《第1子・第2子・第3子》	
	<input type="checkbox"/> 検査を希望(不妊症・不育症)	
	<input type="checkbox"/> 一般治療希望(タイミング法・人工授精)	
	<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精を希望	
	<input type="checkbox"/> 他院紹介 <input type="checkbox"/> 相談のみ(検査希望なし)	
	<input type="checkbox"/> 流産・死産となる <input type="checkbox"/> 胚が着床しない	
	<input type="checkbox"/> 性交ができない(勃起不全・射精しない)	
	<input type="checkbox"/> 以前さっぽろARTクリニックを受診していた (ID: _____)	
<input type="checkbox"/> その他(_____)		
月経歴	最終月経	年 月 日より、出血 日間持続
	初経年齢	才頃
	月経周期	日(順・不順)
	月経量	多量・中等量・少量
	月経痛	なし・軽度・痛・激痛
避妊期間	【あり・なし】『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。 年 月 ~ 年 月	

【妊娠歴】 妊娠されたことはありますか。【あり・なし】

1	西暦 年 月 才 (出産年齢)	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた)
2	西暦 年 月 才 (出産年齢)	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた)
3	西暦 年 月 才 (出産年齢)	妊娠 週	<input type="checkbox"/> 分娩(経膣・帝王切開) 《 男児・女児 g》 <input type="checkbox"/> 死産(か月) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠反応のみ・胎囊のみ・心拍がみえた)

【奥様について】

今までに経験した**婦人科**の病気・入院・手術や現在治療中の病気はありますか？【あり・なし】
 (子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮頸がん・乳がんなど) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

時期(西暦)	病名	治療内容(手術内容)
年 月		
年 月		

今までに経験した**婦人科以外**の病気・入院・現在治療中の病気があれば詳細をご記入ください。
 (循環器・消化器・整形外科・脳神経外科系など) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。

糖尿病	【なし・あり】	(薬剤名)
甲状腺疾患	【なし・あり】	(薬剤名)
膠原病疾患	【なし・あり】	(薬剤名)
高血圧	【なし・あり】	(薬剤名)
喘息	【なし・あり】	(薬剤名)
精神科・心療内科 (病名)	【なし・あり】	(薬剤名)
血栓症	【なし・あり】	(薬剤名)
その他現在治療中の病気 ()	【なし・あり】	(薬剤名)
感染症の既往	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他()
アレルギー	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 抗生剤 (薬剤名) <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙の習慣	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> 初めから吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸っている (1日 本)
飲酒の習慣	【なし・あり】	【毎日・時々飲む】

今までに経験した婦人科以外の手術はありますか？【あり・なし】 (循環器・消化器・脳神経外科系など) 『あり』の方は下記に詳細をご記入ください。		
時期(西暦)	病名	治療内容(手術内容)
年 月		
年 月		

【検査歴】

検査内容	時期(西暦)	検査をした病院名	結果の詳細について
ホルモン検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
子宮鏡検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
卵管造影検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
精液検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
子宮頸がん検査	年 月・時期不明・検査未		正常・異常【 】
風疹抗体検査	年 月・時期不明・検査未		抗体あり・抗体なし

【治療歴】 今までに不妊治療をしたことがありますか。【あり・なし】 病院名《 》

	時期	回数	使用した薬
タイミング法	年 月～	回	薬なし・内服・注射 薬剤名()
A I H (人工授精)	年 月～	回	薬なし・内服・注射 薬剤名()
体外受精	年 月～	採卵 回	
		新鮮胚移植 回	凍結融解胚移植 回

【ご主人について】

今までに経験した病気・入院・手術や現在治療中の病気はありますか？【あり・なし】 糖尿病・高血圧・喘息・おたふくかぜ・痛風・精神科や心療内科の病気() その他()		
アレルギー	【なし・あり】	<input type="checkbox"/> アルコール綿 <input type="checkbox"/> 抗生剤(薬剤名) <input type="checkbox"/> その他()
育毛剤の使用	【なし・あり】	育毛剤の名前()
喫煙の習慣	<input type="checkbox"/> 初めから吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸っている	【吸っている方】 喫煙開始年齢 才 喫煙本数：1日 本

【その他医師に伝えておきたいことがあればご記入ください】

.....

.....

.....

【体外受精の記録】

体外受精の 詳細	<input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれるが着床しない <input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれない <input type="checkbox"/> 採卵しても卵子が入っていないことが多い <input type="checkbox"/> 移植しても着床しない <input type="checkbox"/> 受精しにくい
-------------	---

西暦		年	月	病院名【			】
治療方法		採卵数	受精方法	受精卵	胚移植	妊娠の有無	
<input type="checkbox"/> 採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然 <small>(クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど)</small> 不明	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明	個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 二段階胚移植 SEET法 不明 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結	陰性 妊娠反応陽性 流産 出産	
				凍結数			
				個			
<input type="checkbox"/> 凍結 胚移植	①	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	②	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	③	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	

西暦		年	月	病院名【			】
治療方法		採卵数	受精方法	受精卵	胚移植	妊娠の有無	
<input type="checkbox"/> 採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然 <small>(クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど)</small> 不明	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明	個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 二段階胚移植 SEET法 不明 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結	陰性 妊娠反応陽性 流産 出産	
				凍結数			
				個			
<input type="checkbox"/> 凍結 胚移植	①	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	②	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	③	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	

西暦		年	月	病院名【			】
治療方法		採卵数	受精方法	受精卵	胚移植	妊娠の有無	
<input type="checkbox"/> 採卵	ロング法 ショート法 アンタゴニスト法 自然 <small>(クロミッド・レトロゾール アナストロゾールなど)</small> 不明	個	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 不明	個	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 初期胚・胚盤胞 (Day 胚) 二段階胚移植 SEET法 不明 <input type="checkbox"/> 全ての胚を凍結	陰性 妊娠反応陽性 流産 出産	
				凍結数			
				個			
<input type="checkbox"/> 凍結 胚移植	①	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	②	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	
	③	年	月	ホルモン補充・自然・不明	凍結胚移植(Day 胚)	陰性・陽性・流産・出産	