

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)		生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
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)
- プレコンセプションケア検査 (未婚の方も含めた妊活検査)
- 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)
- 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"/> 呼吸器疾患 | <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⇒

（ ）

・ 輸血をしたことはありますか。 いいえ はい⇒

（ 年 月 理由： ）

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す。
ARTソレイユクリニック