

## 初診患者様問診票

### 《注意事項》

- ・印刷は、1ページにつきA4用紙に1枚で印刷してください(縮小印刷、裏表印刷は不可)  
カラーコピーでなくても問題ございません
- ・色のついているところにご記入いただき、選択肢があるものは○で囲ってください
- ・日付は、**すべて西暦**でご記入ください

※ご記入いただいた個人情報は、診察以外に使用することはありません  
診察を正確に行わさせていただくために、基本情報ならびに治療歴などにお答えください

### 【基本情報】

**※全て必須※**

#### 【ご本人】

フリガナ 姓  名

氏名(姓・名)

生年月日(西暦)  年  月  日 年齢  歳

職業

携帯電話番号

メールアドレス

住所 〒

※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか  はい  いいえ

自宅電話番号

※自宅電話番号へご連絡する際、当院名をお伝えしてもよろしいですか  はい  いいえ

#### 【夫(パートナー)】

フリガナ 姓  名

氏名(姓・名)

生年月日(西暦)  年  月  日 年齢  歳

身長(整数)  cm 体重(整数)  kg

血液型  型 (Rh:  )

※血液型の検査結果をお持ちの場合はコピーをご持参ください

職業  携帯電話番号

メールアドレス

住所 〒

※お住まいが別の方は  
ご記入ください

※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか  はい  いいえ

# 1 女性初診時間診票

当院説明会受講について 一般不妊  済  未  体外受精  済  未

## 当院にご予約されたきっかけ(選択)

医師の紹介*	知人の紹介*	ホームページ
坂口院長ブログ	院長パーソナルサイト	Google・Yahoo!検索
雑誌/本	YouTube	その他 *

\*マークがあるものを選択された方は(医療機関名・医師名、紹介者名など)をご記入ください

## 当院で希望する治療内容(選択)

一般不妊症検査	タイミング法	人工授精
体外受精/顕微授精	不育検査/治療(着床障害関連)	セカンドオピニオン
その他( )		

特に強くご希望されることがありましたらご記入ください

## ご自身について

身長(整数)  cm

体重(整数)  kg 直近1年間で5kgの  増  減  なし

血液型  型 (Rh: )

喫煙歴はありますか  なし  現在あり  過去あり

— 「現在あり」の方お答えください  歳から 1日  本

— 「過去あり」の方お答えください  歳から  歳まで 1日に  本

飲酒の習慣はありますか  はい  いいえ 頻度

— 量についてお答えください 1日に  を  杯くらい

職業上、有機溶剤をしようしていますか  はい  いいえ

職業上、放射線や放射性物質を使用していますか  はい  いいえ

ウサギを飼っていたことがありますか  はい  いいえ

ピーナッツのアレルギーはありますか  はい  いいえ

採血や注射によって気分が悪くなったことがありますか  はい  いいえ

検査・治療によって気分が悪くなったことがありますか  はい  いいえ

輸血したことがありますか  はい  いいえ

万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか  はい  いいえ

## 2 女性初診時間診票

### 月経について

初潮は何歳のときにありましたか  歳

一番最近の月経開始日はいつですか  年  月  日より出血  日間継続

その前の月経開始日はいつですか  年  月  日より出血  日間継続

月経は何日型ですか(順・不順か選択ください)  日型  順  不順 出血の継続約  日間

— 「不順」の場合お答えください 最短で  日周期 最长で  日周期

月経の量  少ない  普通  多い

月経困難  なし  弱い  中  強い  非常に強い

具体的に (  ) が痛い

### ご結婚について

ご結婚されていますか  はい(初婚 再婚)  いいえ(離婚 事実婚 婚約 独身)

「初婚」はいつからですか  年  月  日 結婚年齢  歳

「離婚」時期(離婚・再婚を選択された方)  年  月

「再婚」はいつからですか  年  月  日

「事実婚」の方お答えください  年頃～  同居  あり  なし

住民票の住所  同一  別

現在の結婚期間  年  ヶ月

### 性生活・不妊期間について

妊娠を目指したのはいつ頃ですか  年  月

最近性交渉はありますか  はい  いいえ

最も近い性交渉はいつですか  月  日

性交渉の頻度  あり  全くなし

— 性交渉の頻度「あり」の方  週  月  年 あたりに  回くらい

— 性交渉の頻度「全くなし」の方  結婚当初から  数年前から  年前から

性交渉に支障がありますか

— 「はい」の方は詳細をご記入ください

妊娠したことがありますか  はい  いいえ

※「はい」の方は「妊娠歴」に詳細をご記入ください

### 3 女性初診時間診票

#### 現状歴、既往歴、家族歴について

薬剤や食べ物で症状(アレルギーなど)がでたことがありますか

はい いいえ

－ 「はい」の方は詳細をご記入ください

	原因物質	症状
①		
②		
③		
④		

下記の病気の経験はありますか

はい いいえ

－ 「はい」の方は詳細をご記入ください

高血圧  歳

服用中の薬剤名:

糖尿病  歳

服用中の薬剤名:

喘息  歳

服用中の薬剤名:

甲状腺疾患  歳

甲状腺機能亢進症(バセドウ病) 甲状腺機能低下症(橋本病)

服用中の薬剤名:

その他病歴

歳

病名:

服用中の薬剤名:

歳

病名:

服用中の薬剤名:

手術を受けた経験はありますか

はい いいえ

－ 「はい」の方は詳細をご記入ください

歳

病名:

歳

病名:

歳

病名:

下記サプリメントで内服しているものがありましたら、内服量をご記入ください

サプリメント名	量
ビタミンD ( $\mu\text{g}$ ではなくIUでお書きください)	<input type="text"/> IU
DHEA	<input type="text"/> mg
葉酸	<input type="text"/> $\mu\text{g}$
亜鉛	<input type="text"/> mg
イノシトール	<input type="text"/> g

血縁のご家族(3親等以内)に下記の病気の方はいらっしゃいますか

はい いいえ

－ 「はい」の方、続柄をご記入ください

脳梗塞

高血圧

心筋梗塞

糖尿病

狭心症

癌

肺塞栓症

肉腫

深部静脈血栓症

## 4 治療歴・検査結果

### 不妊治療・検査歴について

※検査結果をお持ちの方は、当日検査結果のコピーをご持参ください(1年以内のもの)

	検査歴		検査(西暦)年/月/日		結果		異常の場合、詳細をご記入ください
	あり	なし			正常	異常	
フーナー検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子宮卵管造影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子宮鏡検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
精液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
抗精子抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
風疹抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
クラミア抗原検査(PCR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
クラミア抗体検査(血液)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子宮頸がん検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
不育症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※「あり」の方は「不育検査」に詳細をご記入ください				

今までに不妊治療を受けたことがありますか あり なし 施設名

— 「あり」の方、どのような治療を受けたことがありますか

タイミング法 回  
 人工授精 回  
 採卵 回  
 胚移植 回  
 TESE 回

採卵、胚移植を受けたことがある方は下記にお答えください

— ご自身で注射を打ったことがありますか あり なし 注射のタイプ

### 採血結果について(最新の検査結果)

※当日は、(血液型の検査結果も含め)必ず検査結果のコピーをご持参ください

ご持参いただけない場合や検査結果が1年以上経過している場合は、当院で再検査が必要になります

#### 【ご本人】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
梅毒 (RPR)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)

#### 【夫(パートナー)】

	採血(西暦)年/月/日	結果
HIV (HIV)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
C型肝炎 (HCV)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
B型肝炎 (HBsAg)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
梅毒 (RPR)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
梅毒 (TPHA)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)

#### 【ご本人】

	採血(西暦)年/月/日	結果
AMH	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/mL)
プロラクチン	<input type="text"/>	<input type="text"/> (*10 <sup>4</sup> /μL)
FT4	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/dL)
TSH	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μIU/mL)
TPO抗体	<input type="text"/>	<input type="text"/> (IU/mL)

	採血(西暦)年/月/日	結果
銅	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μg/dL)
亜鉛	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μg/dL)
DHEA-S	<input type="text"/>	<input type="text"/> (μg/dL)
テストステロン	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/mL)
25OHビタミンD	<input type="text"/>	<input type="text"/> (ng/mL)



## 6 ART歴②・妊娠歴

### 凍結胚移植について

	年月	施設名	方法	使用薬剤 (内服・注射・点鼻・貼付・座薬)	移植数	移植胚 グレード	IVF由来 ICSI由来	併用した 治療	妊娠 判定	HCG値	胎嚢数	結果
例1	2019/5	〇〇〇クリニック	ホルモン補充	エストラーナ、ルトラール	1	4BA	ICSI	SEET法	(+)	130	1	心拍確認後8週流産
例2	2019/8	×××クリニック	自然	フェマラX3、HMG富士150、アセ	1	8G1	IVF	なし	(-)	<0.5	-	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

### 妊娠歴について

	年月	妊娠 週数	妊婦の転帰	性別	出生体重	妊娠方法	不育治療	染色体検査
例1	2010/08	37	帝王切開	女	3000g	新鮮胚移植	バイアスピリン	46,XX
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

第二子希望の方はお答えください。第一子はどのようにして妊娠しましたか(選択)

自然妊娠	タイミング指導	人工授精
体外受精/顕微授精	その他(	)

## 7 不育検査

### 不育症検査結果について

		採血(西暦)年/月/日	結果
耐糖能	A1C		%
	空腹時血糖		(mg/dL)
	インスリン		( $\mu$ U/mL)
	HOMA-R(血糖*インスリン/405)		
免疫	NK細胞活性		%
抗リン脂質抗体	LA(ループスアンチコアグラント)		
	抗CL(カルジオリピン)抗体 - IgG抗体		(U/mL)
	抗CL(カルジオリピン)抗体 - IgM抗体		(U/mL)
	抗PE抗体 - IgG キニノーゲン(+)		
	キニノーゲン(-)		
	抗PE抗体 - IgM キニノーゲン(+)		
	キニノーゲン(-)		
	抗CL- $\beta$ 2GP1複合体抗体 - IgG抗体		(U/mL)
	プロトロンビン抗体 aPS/PT - IgG抗体		(U/mL)
プロトロンビン抗体 aPS/PT - IgM抗体		(U/mL)	
凝固機能	APTT		sec
	PT		
	第Ⅶ凝固因子活性		%
	プロテインC活性		%
	プロテインS活性		%

染色体検査	採血(西暦)年/月/日	染色体
妻		
夫(パートナー)		

### 今までにうけた不育治療について(選択)

バイアスピリン	ヘパリン	
その他(		)