

女性初診問診票

《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	勤務地
	※都道府県/市区までご記入ください

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:)
-----	---	--------

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

参加日

月 日

参加日

月 日

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 最長で 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	<input type="text"/>	歳	服用中の薬剤名:	<input type="text"/>
糖尿病	<input type="text"/>	歳	服用中の薬剤名:	<input type="text"/>
喘息	<input type="text"/>	歳	服用中の薬剤名:	<input type="text"/>
甲状腺疾患	<input type="text"/>	歳	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症(バセドウ病) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症(橋本病)	
			服用中の薬剤名:	<input type="text"/>

その他病歴

<input type="text"/>	歳	病名	:	<input type="text"/>
				服用中の薬剤名:
<input type="text"/>	歳	病名	:	<input type="text"/>
				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

<input type="text"/>	歳	病名	:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	歳	病名	:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	歳	病名	:	<input type="text"/>

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(μg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"/> μg
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	<input type="text"/>	高血圧	<input type="text"/>	心筋梗塞	<input type="text"/>
糖尿病	<input type="text"/>	狭心症	<input type="text"/>	癌	<input type="text"/>
肺塞栓症	<input type="text"/>	肉腫	<input type="text"/>	深部静脈血栓症	<input type="text"/>

4 治療歴・検査結果

不妊治療・検査歴について

	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"/>	
クラミジア抗原検査(PCR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
クラミジア抗体検査(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
 ↓うち保険での回数 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)

【ご本人】

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

【夫(パートナー)】

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

【ご本人】

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

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