

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)
- 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ございません
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	〒	
※住民票の住所をご記入ください		

(現住所)	〒	
※お住まいが住所と異なる場合はご記入ください		

※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
--------------------------	----	-----

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・体重(整数)		cm		kg	血液型		型 (Rh:)
-----------	--	----	--	----	-----	--	----------

職業		携帯電話番号	
----	--	--------	--

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

説明会動画視聴について	一般不妊	済	・	未	体外受精	済	・	未	
	視聴日		月	日		視聴日		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 (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

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	あり	なし			正常	異常	
子宮卵管造影	あり	なし			正常	異常	
子宮鏡検査	あり	なし			正常	異常	
精液検査	あり	なし			正常	異常	
抗精子抗体	あり	なし			正常	異常	
風疹抗体	あり	なし			正常	異常	
クラミア抗原検査(PCR)	あり	なし			正常	異常	
クラミア抗体検査(血液)	あり	なし			正常	異常	
子宮頸がん検査	あり	なし			正常	異常	
不育症検査	あり	なし					※「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	フェマーラ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	ヘパリン	
その他()