

## 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ありません  
診察を正確に行わ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                              |  |
|    |  | <small>※都道府県/市区までご記入ください</small> |  |

|        |  |
|--------|--|
| 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 |  | はい | いいえ |
|--------|--|----|-----|

※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

## 【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 | 卵子凍結 | 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            |
| 卵子凍結      | 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)                    | <input type="text"/>  | cm  |
| 体重(整数)                    | <input type="text"/>  | kg 直近1年間で5kgの <input type="text"/> 増減なし             |
| 血液型                       | <input type="text"/>  | 型 (Rh: <input type="text"/> )                       |
| 喫煙歴はありますか                 | <input type="text"/> なし <input type="text"/> 現在あり <input type="text"/> 過去あり |   |
| — 「現在あり」の方お答えください         | <input type="text"/> 歳から  | 1日 <input type="text"/> 本                           |
| — 「過去あり」の方お答えください         | <input type="text"/> 歳から  | <input type="text"/> 歳まで 1日に <input type="text"/> 本 |
| 飲酒の習慣はありますか               | <input type="text"/> はい <input type="text"/> いいえ 頻度 <input type="text"/>    |   |
| — 量についてお答えください            | 1日に <input type="text"/>  | を <input type="text"/> 杯くらい                         |
| 職業上、有機溶剤をしようしていますか        | <input type="text"/> はい <input type="text"/> いいえ                            |   |
| 職業上、放射線や放射性物質を使用していますか    | <input type="text"/> はい <input type="text"/> いいえ                            |   |
| ウサギを飼っていたことがありますか         | <input type="text"/> はい <input type="text"/> いいえ                            |   |
| ピーナッツのアレルギーはありますか         | <input type="text"/> はい <input type="text"/> 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 | <input type="text"/> はい <input type="text"/> 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 | <input type="text"/> はい <input type="text"/> いいえ                            |   |
| 輸血したことがありますか              | <input type="text"/> はい <input type="text"/> 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  | <input type="text"/> はい <input type="text"/> 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  
 ↓うち保険での回数 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)

#### 【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 <sup>4</sup> /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<br>(内服・注射・点鼻・貼付・座薬) | 移植数 | 移植胚<br>グレード | IVF由来<br>ICSI由来 | 併用した<br>治療 | 妊娠<br>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、ブセ      | 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<br>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- $\beta$ 2GPI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 <span style="margin-left: 150px;">ヘパリン</span> |
| その他( <span style="float: right;">)</span>             |