

# 問 診 票

年 月 日初診 (記入しないで下さい)

カルテ No. (記入しないで下さい)

ふりがな.....



永遠幸 Franchise 名古屋

おち夢クリニック名古屋

お名前: \_\_\_\_\_ 生年月日 S/H \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

自宅 TEL( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 携帯 TEL \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_ 勤務先 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

☆当クリニックの勉強会に参加されたことはありますか? はい ( \_\_\_\_\_ 月開催/Web セミナー) ・ ない

## I どうなさいましたか (あてはまる数字に○をつけてください)

1. 子供ができない (不妊)
2. 月経が止まった
3. 月経の異常
4. 月経と違った出血
5. おりものが多い (ピンク、褐色、黄色、白)
6. 陰部がゆい、痛い
7. おなかが痛い
8. 腰が痛い
9. しこり (腹部、陰部、乳房)
10. 尿がちかい
11. 排尿のとき痛む
12. ガン検査
13. 性病の心配・検査
14. その他 ( \_\_\_\_\_ )

## II あなたの月経について

- ①はじめて月経を見た年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 (小・中・高 \_\_\_\_\_ 年)
- ②最終月経いつでしたか、現在生理中の方も記入してください \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間
- ③月経は順調ですか \_\_\_\_\_ はい ( \_\_\_\_\_ ) 日型 (月経開始日より次回開始日までの日数) ・ いいえ
- ④月経は何日くらい続きますか \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 日間
- ⑤月経の量はどれくらいですか \_\_\_\_\_ 多い・普通・少ない
- ⑥月経のとき痛みますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ⑦月経のとき、他にどこか悪いところがありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ

## III あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ①セックスの経験はありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ②結婚したのはいつですか \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月
- ③妊娠したことはありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ④妊娠したことのある方は次にお答えください  
人工妊娠中絶 ( \_\_\_\_\_ ) 回 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
自然流産 ( \_\_\_\_\_ ) 回 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
自然分娩 ( \_\_\_\_\_ ) 回 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
帝王切開 ( \_\_\_\_\_ ) 回 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

## IV 今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ①現在、他の医療機関に通院していますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ  
『はい』と答えた方は、主な治療内容をお書きください ( \_\_\_\_\_ )
- ②病気になったり手術を受けたことはありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ③主な病気は \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき
- ④手術は \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳のとき
- ⑤ぜんそくにかかったことがありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ⑥輸血を受けたことがありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ⑦B型、C型肝炎の検査で陽性になったことがありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ
- ⑧今まで薬や注射で副作用 (アレルギー) を起こしたことはありますか \_\_\_\_\_ はい・いいえ  
『はい』と答えた方は、薬の名前、種類をお書きください ( \_\_\_\_\_ )

**V 本日、他の医療機関からの紹介状はお持ちですか**

はい ・ いいえ

**VI ご家族の中に何か特別な病気の方がいますか**

いる (遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他 ( ) ) ・ いいえ

**VII この1年間で特定健診を受診しましたか**

はい (受診時期: 年 月 指摘事項: ) ・ いいえ

**VIII あなたの身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 血液型 (RH 土、 ) 型**

以下、これまで他院で不妊検査・治療を受けた経験のある方のみご記入ください。

**1. 卵管造影検査(または通水検査)を受けたことがありますか** はい ・ いいえ

『はい』と答えた方は、検査結果について記入してください。

右 (正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他 ( ) ) ・ 左 (正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他 ( ) )

**2. ご主人の精液検査を受けたことがありますか** はい ・ いいえ

『はい』と答えた方は、検査結果(一番良好なデータ)について記入してください。

精液量 ( ) ml 濃度 ( ) 万 / ml 運動率 ( ) % 奇形率 ( ) % (正常・異常)

**3. ヒューナーテスト(性交後検査)を受けたことがありますか** はい ・ いいえ

『はい』と答えた方は、検査結果(一番良好なデータ)について記入してください。 (良好・やや不良・不良・その他 ( ) )

**4. タイミング療法を受けたことがありますか** はい ・ いいえ

『はい』と答えた方は、回数等について記入してください。

自然周期によるタイミング ( ) 回 最後施行日(西暦 年 月 日)

卵巣刺激周期によるタイミング ( ) 回 最後に施行した日(西暦 年 月 日)

**5. 人工授精を受けたことがありますか** はい ・ いいえ

『はい』と答えた方は、回数等について記入してください。

自然周期による人工授精 ( ) 回 最後に施行した日(西暦 年 月 日)

卵巣刺激周期による人工授精 ( ) 回 最後に施行した日(西暦 年 月 日)

**6. 体外受精を受けたことがありますか** はい ・ いいえ

『はい』と答えた方は、下の表に記入してください。(※下の記入欄では足りない方は、別紙にもご記入ください。)

採卵年月日(西暦)	卵巣刺激法	採卵数	移植済卵数	移植日(西暦)	分割卵 / 胚盤胞	移植胚数	妊娠の有無
1. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンダコニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期 □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> hCG注射使用 あり・なし	個	個	/ /	個	
			受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個	
			個	個	/ /	個	
					/ /	個	
2. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンダコニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期 □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> hCG注射使用 あり・なし	個	個	/ /	個	
			受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個	
			個	個	/ /	個	
					/ /	個	
3. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンダコニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期 □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> hCG注射使用 あり・なし	個	個	/ /	個	
			受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個	
			個	個	/ /	個	
					/ /	個	
4. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンダコニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期 □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> hCG注射使用 あり・なし	個	個	/ /	個	
			受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個	
			個	個	/ /	個	
					/ /	個	

**7. 保険診療にて胚移植を行ったことはありますか** はい ・ いいえ

『はい』と答えた方は、回数を記入してください。

保険診療による胚移植 ( ) 回

8. 当クリニックをどうやって知りましたか

[ ]

○マイナ保険証の利用について

当クリニックがマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、服薬情報、健診歴等）を取得することに同意しましたか  
はい ・ いいえ

当クリニックは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
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。

☆あなたのご主人について

ふりがな	
①お名前	生年月日 S/H 年 月 日 年齢 歳
②ご職業	③ご主人の携帯TEL
③健康ですか	はい ・ いいえ
④今までにかかった病気は	( ) ( )

ご記入ありがとうございました。

お名前 \_\_\_\_\_ カルテNO. \_\_\_\_\_ (記入しないで下さい)

# 問 診 票

記入欄が足りない方は、こちらにもご記入ください。

採卵年月日(西暦)	卵巣刺激法	採卵数	移植済卵数	移植日(西暦)	分割卵 / 胚盤胞	移植胚数	妊娠の有無
5. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	
6. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	
7. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	
8. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	
9. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	
10. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	
11. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	
12. 年 月 日 治療施設名 ( ) 体外受精・顕微受精	<input type="checkbox"/> ロング法      hCG注射使用 <input type="checkbox"/> ショート法      あり・なし <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(□カミット <sup>®</sup> ・□フェマ <sup>®</sup> ) <input type="checkbox"/> 自然周期      □ PPOS <input type="checkbox"/> 不明	個	個	/ /		個	
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個	
		個	個	/ /		個	
				/ /		個	