

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) ・ 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. 陰部がかゆい、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. 尿がちかみ
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
- ②主な病気は () () 歳のとき () () 歳のとき
- ③手術は () () 歳のとき () () 歳のとき
- ④ぜんそくにかかったことがありますか はい・いいえ
- ⑤輸血を受けたことがありますか はい・いいえ
- ⑥B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
- ⑦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 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 ()) ・ いない

VI 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・顕微受精	<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(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	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	個	/ /		個	
2. 年 月 日 治療施設名 () 体外受精・顕微受精	<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(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	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	個	/ /		個	
3. 年 月 日 治療施設名 () 体外受精・顕微受精	<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(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	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	個	/ /		個	
4. 年 月 日 治療施設名 () 体外受精・顕微受精	<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(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	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	個	/ /		個	

7. 当クリニックをどうやって知りましたか

[]

☆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・顕微授精	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		
6. 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"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		
7. 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"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		
8. 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"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		
9. 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"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		
10. 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"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		
11. 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"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		
12. 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"/> アンダゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激周期(クロミッド等) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	個	個	hCG 注射使用 あり・なし		/ /	個
				/ /	個		
		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	個		
		個	個	/ /	個		