

# 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. おなかか痛い
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	/ /		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	/ /		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	/ /		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	/ /		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	/ /		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	/ /		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	/ /		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	/ /		個	
	受精卵数	凍結保存中卵	/ /		個		
		個	個	/ /		個	