

問診票（女性用）

年 月 日

フリガナ		フリガナ	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	年 月 日（ 歳）	生年月日	年 月 日（ 歳）
携帯番号		携帯番号	
自宅電話番号	クリニックから連絡する際の電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
住所	〒		
身長： cm	体重： kg	身長： cm	体重： kg
喫煙： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 <input type="checkbox"/> 禁煙	飲酒： 日/週	喫煙： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 <input type="checkbox"/> 禁煙	飲酒： 日/週
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 再婚（ 年 月） <input type="checkbox"/> 未婚（ 年 月結婚予定）		
今回受診された理由は？	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 性感染症の不安 <input type="checkbox"/> 習慣流産 <input type="checkbox"/> 生理の異常 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 避妊相談 <input type="checkbox"/> ピル希望 <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> その他（ ）		
月経について	①月経開始 歳 ②最終月経 月 日から 日間		
	③周期（始まりから次の開始までの日数） <input type="checkbox"/> 順調（ 日周期） <input type="checkbox"/> 不順（ 日から 日）		
	④月経量（多い・普通・少ない） ⑤痛み（強い・少し・なし）		
妊娠について	今までの妊娠回数 回 出産 回 流産 回 中絶 回		
年 月	妊娠週数	妊娠経過	妊娠方法（問診時Ns記入）
年 月	妊娠 週 （妊娠 ヶ月）	<input type="checkbox"/> 分娩（経膣・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後）	
年 月	妊娠 週 （妊娠 ヶ月）	<input type="checkbox"/> 分娩（経膣・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後）	
年 月	妊娠 週 （妊娠 ヶ月）	<input type="checkbox"/> 分娩（経膣・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後）	
今までにかかれた病気や、現在もお持ちの病気はありますか？		ぜんそく・緑内障・アレルギー体質・てんかん・がん・糖尿病 高血圧・心臓病・肝臓病（B型肝炎・C型肝炎）・腎臓病 甲状腺疾患・精神疾患・その他（ ）	
現在飲まれている薬はありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬品名 ）	
手術や入院について	年 月	病名	治療・手術名
	年 月		
子宮がん検診を受けたことがありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頸がん・体がん 年 月）	
ご主人は健康ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ がん・糖尿病・高血圧・肝臓病（B型肝炎・C型肝炎） 心臓病・腎臓病・精神疾患・その他（ ）	
気を付けて欲しい点、薬、症状などありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬・注射・アルコール消毒・その他： ）	
当クリニックまでの通院時間は？		約 時間 分 交通機関（ ）	
お仕事をされていますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ご職業（ ） 勤務時間（ : ~ : ）	
当クリニックを何でお知りになりましたか？		医師からの紹介・友人、知人からの紹介・インターネット・雑誌 電柱、消火栓広告・その他（ ）	

あなたの妊活歴（女性用）

年 月 日

❖ 妊娠をご希望される方におたずね致します

結婚後の避妊期間は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 年 月頃まで） 妊娠希望期間： 年 ヶ月間
性交渉の回数は？	月に 回程度
性生活でお困りの事は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）
排卵誘発剤のご使用は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（クロミフェン 回 HMG注射 回）
人工授精は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 回）
当クリニックでの治療や検査をどこまで希望されますか？	相談のみ ・ 検査 ・ 排卵誘発剤 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 その他（ ）

❖ 今までに妊娠をご希望されて、行った検査についてご記入下さい

検査名・検査時期	結果
<input type="checkbox"/> 精液検査（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（内容 ）
<input type="checkbox"/> ヒューナーテスト（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（内容 ）
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 卵管の閉塞 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 子宮鏡（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ポリプ・筋腫がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）
<input type="checkbox"/> 腹腔鏡（ 年 月）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常（ ）
<input type="checkbox"/> アンチミュリアンホルモン（ 年 月）	値： （ ）歳相当

❖ 治療についてご記入下さい

	施行年	施行施設	治療名	卵巣刺激法	採卵数	受精卵数	移植胚数	凍結胚数	結果
例	2010.3	高橋ウイメンズクリニック	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 マイルド法 ()	10	8	2	5	妊娠せず 流産 出産
例	2010.11	高橋ウイメンズクリニック	体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 マイルド法 ()	—	(融解数) 3	2		妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産
			体外受精 顕微授精 凍結胚移植	ロング法 ショート法 マイルド法 ()					妊娠せず 流産 出産

❖ 知りたいこと、希望していること、不安なことなど、ご自由にお書き下さい