

女性問診票

ID: _____

※ 該当するものに☑でチェックをお願いします。

初診日： 20____年 ____月 ____日

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
RCT ID	(リプロ東京)	夫ID	(当院)
職業		職業	
生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
結婚	<input type="checkbox"/> 結婚:(西暦) 年 月 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 夫婦別姓 <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 婚約 <input type="checkbox"/> 離婚		
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯番号 - - <input type="checkbox"/> 自宅番号 () -		
住所	〒 ※当院からのご連絡の際クリニック専用封筒の使用： 可・不可		
クリニックまでの通院時間	約 時間 分	交通機関	()
※ 何をきっかけで来院されましたか？ <input type="checkbox"/> ブログ() <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> その他()			
※ 当院で希望する診療内容に☑でチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 一般不妊検査 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精/顕微授精 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> オプション検査(着床障害関連etc.) <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他()			

◇ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

◇ 月経について

最終生理: _____月 _____日 ~ _____月 _____日

初潮: _____歳 生理周期(何日に1回月経がきますか): (_____ ~ _____)日 生理痛: あり・なし

◇ 妊娠を目指したのはいつ頃からですか? (西暦) _____年 _____月 (避妊期間: _____年 _____月 ~ _____年 _____月)

◇ 性交経験はありますか? あり・なし → 性行為に支障はありますか? あり・なし

◇ 薬剤や食べ物で副作用・アレルギーを経験したことがありますか? はい(下記に記入をお願いします) いいえ

※右記に当てはまる方は○をつけてください。 アルコール・ラテックス・大豆・卵・ヒマワリ

その他の薬：
症状：◇ 治療・手術・投薬歴 ※喘息既往の有無 なし あり(詳細は下記枠内にご記載下さい)
※血栓症既往の有無 なし あり(詳細は下記枠内にご記載下さい)

年～年(西暦)	疾患名	使用薬剤	病院名
～ 年			
～ 年			
～ 年			
～ 年			
～ 年			

◇ 血縁のご家族に下記の病気の方はいますか？

高血圧 糖尿病 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 肺塞栓症 深部静脈血栓症 癌 肉腫

◇ 喫煙： 1日()本 / なし 飲酒： 週()回 / なし

◇ 職業上、有機溶剤、放射線・放射性物質を使用していますか？ はい・いいえ

◇ 学校やお仕事などで、ウサギやヒツジを扱ったことはありますか？ はい・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？ はい・いいえ



安ぷる



バイアル

◇ 今までにご自身で自己注射(安ぷる・バイアル)を作成された経験はありますか？ はい・いいえ

※ペン型注射やインスリン注射は除く

◇ 今までに自身で作成した薬剤(安ぷる・バイアル)を打たれたことはありますか？ はい・いいえ

◇ 検査歴

検査	検査日 (西暦)	検査結果
<input type="checkbox"/> 精液検査		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> フーナー検査		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 卵管造影 <input type="checkbox"/> 通水		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査(採血)		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> クラミジア頸管検査(PCR)		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 子宮頸癌検査		異常なし・異常あり ()
<input type="checkbox"/> 抗精子抗体		異常なし・異常あり ()

◇ 妊娠歴： 妊娠()回 出産()回 流産()回 死産()回 子宮外妊娠()回 化学流産()回 中絶()回

年月(西暦)	妊娠週数	妊娠について	治療・検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法： <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法： <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法： <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法： <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法： <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査
年 月		<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 中絶 妊娠方法： <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 男・女 g	<input type="checkbox"/> 不育治療 <input type="checkbox"/> 染色体検査

◇ 現在服用中の薬剤およびサプリメント名と量

・DHEA： () mg ・ビタミンD： () IU / () μg ・亜鉛： () mg

◇一般不妊治療歴 タイミング: _____ 回 人工授精: _____ 回

◇ART歴

採卵法: ロング法: _____ 回 ショート法: _____ 回 アンタゴニスト法: _____ 回

低刺激法: _____ 回 自然法: _____ 回 その他: _____ 回

受精法: 体外受精: _____ 回 顕微授精: _____ 回 スプリット法: _____ 回 不明: _____ 回

●採卵周期: 計 _____ 回 (うち、保険採卵 _____ 回済) * 最近の5周期分ご記入下さい

年月(西暦)	方法	使用薬剤	採卵数	受精方法	費用	凍結胚数	胚グレード(上位5個)
例) 2016.05	ショート法	クロミッド フェリング	5	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input checked="" type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 保険 <input checked="" type="checkbox"/> 自費	初期胚 / 胚盤胞 (1 / 3)	①8G1 ②4AA ③3AB ④4BB ⑤
				<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	

●移植周期: 計 _____ 回 (うち、保険移植 _____ 回済) * 最近の5周期分ご記入下さい

年月(西暦)	方法	使用薬剤	移植数	胚グレード	費用	妊娠判定	HCG値	胎嚢数	妊娠転帰
例) 2016.06	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input checked="" type="checkbox"/> 凍結胚移植	エストラーナ プセレキュア	1	4AA	<input type="checkbox"/> 保険 <input checked="" type="checkbox"/> 自費	<input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	130	1	心拍確認後 8週流産
	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植				<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			
	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植				<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			
	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植				<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			
	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植				<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			
	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植				<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			