

問診票【女性用】 裏面もご記入ください



あいだ希望クリニック

記入日： 年 月 日 ^{フリガナ}ご主人様のお名前 様

ご主人様の生年月日：昭・平 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳)
お名前				
住所	〒 - -			
電話番号	自宅	-	-	ご職業
	携帯			ご勤務先名
mail address				
当クリニックのセミナーに参加したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい (年 月) <input type="checkbox"/> いいえ				

身長： cm 体重： k g 血液型： 型 RH +・-

※血液型を報告書にてご提示いただければ当クリニックでの血型血液検査は不要です。

(1) 本日のご来院の目的を下記よりお選びください。

- 体外受精 人工授精 タイミング 不妊検査等

(2) 感染症・抗体価検査について：

① 1年以内に以下の検査を受けたことがありますか。

B型肝炎ウイルス (HBs Ag)・C型肝炎ウイルス (HCV)・エイズウイルス (HIV)・梅毒 (RPR・TPHA)
クラミジア (IgA・IgG)

ない ある → 年 月 日 実施

② ①であると答えた方、その検査報告書を提示可能ですか？

いいえ はい ※提示がないまたは、治療時に1年を経過していた場合、当クリニックで検査が必要です。

③ 風疹抗体検査をしたことはありますか？

いいえ ある → 結果【 HI: 倍 IgG: 倍 IgA: 倍 】

(3) 病歴及び習慣について

① 該当する項目にチェック✓をしてください。

- 気管支喘息 甲状腺疾患 循環器疾患 消化器疾患
 糖尿病 肝疾患 うつ病 パニック症候群

② 手術を受けたことはありますか？ある場合、下記にご記入ください。

いつ	年齢	病名	術式
S・H 年 月			
S・H 年 月			
S・H 年 月			
S・H 年 月			

③ アレルギーに関して以下の該当する項目にチェック✓をしてください。

- 局所麻酔(歯科での麻酔など)で副作用があった ()
 抗生剤で副作用があった ()
 消毒薬(ヨード系)で副作用があった ()
 ホルモン剤で副作用があった ()

④ 服用中のお薬に関して以下の該当する項目にチェック✓をしてください。

- 他院処方ホルモン剤を服用している(品名)
 精神科処方のお薬(眠剤を含む)を服用している(品名)
 他院処方の漢方薬を服用している(品名)
 サプリメントを飲んでいる(品名)

- ⑤ タバコは吸いますか？ いいえ はい → 【 1日 本 】
 ⑥ お酒は飲みますか？ いいえ はい → 【 1日 量 】

(4) 結婚・生活などについて

- ① 結婚したのはいつですか？ 年 月 日 (初婚 ・ 再婚)
 ② セックスの経験はありますか？ ない ある
 ③ 避妊していた期間はありますか？ ない ある → 【 年 月～ 年 月 】
 ④ 現在、病歴、治療中の疾患、生活すべてを考慮して妊娠可能な状態ですか？
 いいえ はい

(5) 妊娠・出産について

- ① 妊娠したことはありますか？ ない ある → ある方は、下記にご記入ください。

妊娠した年	年齢	不妊治療の有・無	妊娠の経過					出産状況 経産・帝王切開	出生体重	性別	健康状態
			正常	早産	流産	中絶	その他				
S・H 年		有・無	週	週	週	週	週	経産・帝王切開	g		
S・H 年		有・無	週	週	週	週	週	経産・帝王切開	g		
S・H 年		有・無	週	週	週	週	週	経産・帝王切開	g		
S・H 年		有・無	週	週	週	週	週	経産・帝王切開	g		
S・H 年		有・無	週	週	週	週	週	経産・帝王切開	g		

(6) 月経について

- ① 過去6か月の月経開始日を最近からご記入ください。

月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日

- ② 月経周期(月経開始日から次の月経開始日まで)は何日ですか？

【 日から 日 】

(7) これまでの不妊治療に関わる検査・治療について

- ① 卵管検査を受けたことはありますか？ある場合、該当する方法にチェック✓をしてください。

ない ある → 卵管造影 卵管通気 卵管通水

年 月 日 実施

結果 【 右卵管 異常なし 閉塞 狭窄 その他 】

【 左卵管 異常なし 閉塞 狭窄 その他 】

- ② ヒューナー検査をうけたことはありますか？

ない ある → 年 月 日 実施

結果 【 良好 不良 やや不良 その他 】

- ③ タイミング療法をうけたことはありますか？

ない ある → 【 回 】

- ④ 人工授精を受けたことはありますか？

ない ある → 【 回 最終 年 月 実施 】

- ⑤ 体外受精(顕微授精も含む)を受けたことはありますか？

ない ある → 【 回 最終 年 月 実施 】

- ⑥ 胚移植を受けたことはありますか？ある場合、回数をご記入ください。

ない ある →

【 新鮮分割胚 回, 凍結分割胚 回, 新鮮胚盤胞 回, 凍結胚盤胞 回 】

- ⑦ 過去3周期の治療について該当する項目にチェック✓をしてください。

【 今週期 未治療 タイミング療法 人工授精 体外受精 その他 】

【 前週期 未治療 タイミング療法 人工授精 体外受精 その他 】

【 前々週期 未治療 タイミング療法 人工授精 体外受精 その他 】

- (8) 当クリニックへの紹介者

【 回 】