

生殖外来問診表

妻	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業・職種
夫	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	職業・職種
住所	フリガナ	
	〒 -	
電話番号 ※自宅に固定電話がない場合は、勤務先やご実家等 連絡が取れる番号をご記入ください。 (自宅 ・ その他)		

【 血液型 型 Rh + - 】 【 身長 cm 】 【 体重 kg 】

受診理由	<input type="checkbox"/> 不妊症の検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 不育症の検査 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存 <input type="checkbox"/> その他 ()
結婚歴	西暦 年 月 (才) ・ 未婚
不妊期間	年 カ月 不妊の原因 ()
月経	直近 月経開始日： ____ 月 ____ 日 出血の持続： ____ 日間
	前回 月経開始日： ____ 月 ____ 日 出血の持続： ____ 日間
	初経 ____ 才 月経周期： ____ 日～ ____ 日 (順・不順)
	月経量 (多・中・少) 月経障害： (ない・ある)
子宮頸がん	検診を受けたことが ない・ある → 最終検診 ____ 年 ____ 月 : 正常・異常 ()
妊娠歴	※化学的妊娠・流産(妊娠検査薬で陽性反応が出ていても、胎嚢が確認できないまま出血が起こる)は含みません。
	流産 (____ 回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月
	人工妊娠中絶 (____ 回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月
	子宮外妊娠 (____ 回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月
	分娩 (____ 回) 西暦 年 月 / 年 月 / 年 月 自然分娩 () 鉗子分娩 () 吸引分娩 () 帝王切開 ()
風疹抗体	抗体 (ある・ない・わからない) ワクチン接種歴 (ある・ない・わからない)
過去の病気や手術	今までに病気や手術をしたことがありますか? ない・ある ※ 現在治療中のものから、過去に治療したものも含めご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 卵巣チョコレート嚢胞
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病
	<input type="checkbox"/> 血液感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV) <input type="checkbox"/> 性感染症 (クラミジア・淋病・その他)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

既往	日常的に飲んでいる薬・サプリメントはありますか？（ ない ・ ある ）
	注射・薬等で気分が悪くなったことはありますか？（ ない ・ ある ）
	アレルギーはありますか？ 薬剤 （ ない ・ ある ）
	食物 （ ない ・ ある ）
	その他 （ ない ・ ある ）
	喘息の既往はありますか？ （ ない ・ ある ）
	緑内障の既往はありますか？ （ ない ・ ある ）
	ご本人・ご家族に血栓症の既往はありますか？ （ ない ・ ある ）
	ご家族に不妊や遺伝的な病気の方がいますか？ （ ない ・ ある ）
嗜好	喫煙の習慣 （妻） ない・ある（1日 本 喫煙開始年齢 才から） ・ 才で禁煙
	（夫） ない・ある（1日 本 喫煙開始年齢 才から） ・ 才で禁煙
	飲酒の習慣 ない・ある（ 毎日飲む ・ ときどき飲む ） 1回の飲酒量（ ）
過去の 不妊検査	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 （ 年月/施設名 ） （ 正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 卵管通気・通水 （ 年月/施設名 ） （ 正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 精液検査 （ 年月/施設名 ） （ 正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 腹腔鏡検査 （ 年月/施設名 ） （ 正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 （ 年月/施設名 ） （ 正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> ホルモン検査 （ 年月/施設名 ） （ 正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> ヒューナー検査 （ 年月/施設名 ） （ 正常・異常 ）
	<input type="checkbox"/> その他 （ ）
過去の 不妊治療	<input type="checkbox"/> タイミング療法 ____回 （ 年月・期間/施設名 ）
	<input type="checkbox"/> 人工授精 ____回 （ 年月・期間/施設名 ）
	<input type="checkbox"/> ホルモン療法 セキシビットもしくはクロミッド ____回、注射（FSHもしくはHMG） ____回 （ 年月・期間/施設名 ）
	<input type="checkbox"/> その他薬物療法 （ ）
	<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精（ 採卵 ____回、新鮮胚移植 ____回、融解胚移植 ____回 ） ↳別紙「治療記録」に詳細をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> その他 （ ）
	<input type="checkbox"/> その他 （ ）
その他	●会計の際に、領収証とは別に「診療明細書」※無料 の発行を（ 希望する ・ 希望しない ）
	●谷口眼科を受診したことが （ ない ・ ある →※いつ頃？ ）
	●当院をどのようにしてお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 他院の紹介（病院名 _____） <input type="checkbox"/> 知人の紹介（紹介者 _____）
	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※取得した個人情報、当院の個人情報保護規定の利用目的以外には利用いたしません。

治療記録

氏名：

生年月日

年

月

日

年月 / 施設名	採 卵			胚 移 植		結 果	
	排卵誘発法	受精方法		移植方法	移 植 数		
年 月		体外受精	採卵数	個	新鮮胚移植	分割期胚 個	妊娠せず 流産(週頃) 出産(経膣・帝王切開)
			受精数	個	全胚凍結		
		顕微授精	凍結胚数	個	融解胚移植 (自然・ホルモン補充)	胚盤胞 個	

年月 / 施設名	採 卵			胚 移 植		結 果	
	排卵誘発法	受精方法		移植方法	移 植 数		
年 月		体外受精	採卵数	個	新鮮胚移植	分割期胚 個	妊娠せず 流産(週頃) 出産(経膣・帝王切開)
			受精数	個	全胚凍結		
		顕微授精	凍結胚数	個	融解胚移植 (自然・ホルモン補充)	胚盤胞 個	

年月 / 施設名	採 卵			胚 移 植		結 果	
	排卵誘発法	受精方法		移植方法	移 植 数		
年 月		体外受精	採卵数	個	新鮮胚移植	分割期胚 個	妊娠せず 流産(週頃) 出産(経膣・帝王切開)
			受精数	個	全胚凍結		
		顕微授精	凍結胚数	個	融解胚移植 (自然・ホルモン補充)	胚盤胞 個	

年月 / 施設名	採 卵			胚 移 植		結 果	
	排卵誘発法	受精方法		移植方法	移 植 数		
年 月		体外受精	採卵数	個	新鮮胚移植	分割期胚 個	妊娠せず 流産(週頃) 出産(経膣・帝王切開)
			受精数	個	全胚凍結		
		顕微授精	凍結胚数	個	融解胚移植 (自然・ホルモン補充)	胚盤胞 個	

年月 / 施設名	採 卵			胚 移 植		結 果	
	排卵誘発法	受精方法		移植方法	移 植 数		
年 月		体外受精	採卵数	個	新鮮胚移植	分割期胚 個	妊娠せず 流産(週頃) 出産(経膣・帝王切開)
			受精数	個	全胚凍結		
		顕微授精	凍結胚数	個	融解胚移植 (自然・ホルモン補充)	胚盤胞 個	