

※クリニック記入欄

年 月 日 初診

カルテ番号

## 問診票(初診用)

産婦人科(不妊治療)  
神戸元町夢クリニック

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 (S/H) 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

## I. 当院での治療の希望について

1. どうなさいましたか?

 子供ができない(不妊) ・  その他( )

2. 当院での治療内容は次のうちどれを希望されますか?

 体外受精 ・  一般不妊治療(タイミング、人工授精) ・  相談して決めたい  
 その他( )

3. 上記2.にて「体外受精」を選択された方に伺います。排卵誘発剤の使用についてどのようにご希望されますか?

 できるだけ使用したくない ・  状況によっては使用してもよい ・  相談して決めたい  
 その他( )

## II. あなた(女性)の身長・体重、月経などについて

1. あなた(女性)の身長・体重・血液型

血型ABO  A ・  B ・  O ・  AB ・  不明身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血型Rh  + ・  - ・  不明2. 初めて月経がきた年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (  小 ・  中 ・  高 年頃)

3. 最終月経をお教えてください。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間

4. 月経周期は順調ですか?  はい ・  いいえ

「はい」の方は 平均何日型ですか? \_\_\_\_\_ 日型 (←28日型など、月経開始日から次回開始日までの日数)

「いいえ」の方は どれくらいで生理がきますか?  くる ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 日位) ・  こない

排卵誘発剤を使用した場合は何日型になりますか? 薬剤名 \_\_\_\_\_ 日型

## III. あなた(女性)の結婚・妊娠歴について

1. 結婚について  結婚 ・  再婚 ・  事実婚 ・  未婚 入籍年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月2. セックスの経験はありますか?  はい ・  いいえ3. 現在、夫婦間でセックスは可能ですか?  はい ・  いいえ4. 妊娠したことはありますか?  はい ・  いいえ

妊娠したことのある方は次にお答えください。

自然流産 \_\_\_\_\_ 回 自然妊娠 人工授精 体外受精

1. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 2. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 3. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 

人工妊娠中絶 \_\_\_\_\_ 回 自然妊娠 人工授精 体外受精

1. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 2. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 3. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 

分娩 \_\_\_\_\_ 回 自然妊娠 人工授精 体外受精

1. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 2. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・ 3. \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  ・  ・

## IV.これまでにかった主な病気、受けた手術、生活習慣について

1.これまでに産婦人科疾患を指摘されたことはありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は 以下の当てはまる疾患にチェックをいれてください。(治療済みも含む)

- 子宮筋腫  子宮腺筋症  子宮内膜ポリープ  子宮頸部異常(異形成、上皮内癌など)
- 子宮内膜増殖症  子宮内膜症
- 卵巣腫瘍(  右・ 左・ 両側 腫瘍名: )
- 多のう胞性卵巣  卵巣機能不全  高プロラクチン血症(潜在性を含む)
- 不育症(不育症検査で異常を指摘された検査項目: )
- クラミジア感染症  その他( )

2.内科疾患等で以下の項目を指摘されたことはありますか?(現在治療中も含む)

- 喘息  高血圧  糖尿病
- 甲状腺疾患(  機能亢進症・ 機能低下症・ その他: )

3.上記以外の疾患はありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は 疾患の内容をお教えてください。(治療済みも含む)

疾患名	現在の通院状況等
	<input type="checkbox"/> 定期的な通院なし・ <input type="checkbox"/> 通院中(通院先 )
	<input type="checkbox"/> 定期的な通院なし・ <input type="checkbox"/> 通院中(通院先 )
	<input type="checkbox"/> 定期的な通院なし・ <input type="checkbox"/> 通院中(通院先 )

4.上記1,2,3.で疾患があるとお答えの方は、主治医から妊娠許可はありますか？  はい・ いいえ

5.現在、使用中の薬剤(内服薬、外用薬、注射剤等)はありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は 薬剤の名前、種類等をお教えてください。

疾患名	薬剤名、種類等

6.手術を受けたことはありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は 手術の内容、受けた年齢、施設名を分かる範囲でお教えてください。

手術の内容	年齢	施設名

7.輸血を受けたことはありますか？  はい・ いいえ

8.B型、C型肝炎の検査で陽性になったことはありますか？  はい・ いいえ

9.血栓症と言われたことはありますか？  はい・ いいえ

10.子宮頸がんの検査を1年以内に受けましたか？  はい・ いいえ

11.風疹の抗体検査をしたことはありますか？  はい・ いいえ

12.風疹のワクチンを接種したことはありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は 何回接種しましたか？  1回・ 2回・ 3回以上

13.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」の方は薬の名前、種類をお教えてください。

14.内服中のサプリメント、栄養補助食品などはありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は商品名等をお教えてください。

15.現在、喫煙はされていますか？  はい・ いいえ

## V.ご家族について

## 1.ご主人(男性)について

1-1.ご主人(男性)は健康ですか？  はい・ いいえ1-2.ご主人(男性)は現在治療中の疾患はありますか？  はい・ いいえ
 高血圧  糖尿病  がん  遺伝病( )  
 その他( )
1-3.ご主人(男性)はこれまで手術を受けたことはありますか？  はい・ いいえ
「はい」の方は 手術の内容をお教えてください。  
( )

## 2.ご夫婦の血縁者について

血縁者で遺伝性の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？  いる・ いない

「いる」の方は 関係性と疾患名を分かる範囲でお教えてください。

関係性( ) 疾患名( )

## VI.これまでの不妊検査・治療について

1.卵管造影検査(又は通水検査)を受けたことはありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は結果についてお教えてください。

右  正常・ 閉塞・ 狭窄・ 癒着・ 水腫・ その他( )左  正常・ 閉塞・ 狭窄・ 癒着・ 水腫・ その他( )2.ご主人(男性)は精液検査を受けたことはありますか？  はい・ いいえ

「はい」の方は結果(複数の場合は最も良好な結果)についてお教えてください。

精液量( )ml 濃度( )×100万/ml 運動率( )% (  正常・ 異常 )3.ヒューナーテスト(性交後検査)を受けたことはありますか？  はい・ いいえ「はい」の方は結果(最も良好な結果)についてお教えてください。 (  良好・ やや不良・ 不良 )4.タイミング指導を受けたことはありますか？  はい ( 年 月頃から開始)・ いいえ

※排卵誘発剤の使用がなかった場合を自然周期、使用があった場合を刺激周期としてカウントしてください。

	回数	最後の実施	施設名
自然周期	保険診療	回 年 月 ( )	( )
	自由診療	回 年 月 ( )	( )
刺激周期	保険診療	回 年 月 ( )	( )
	自由診療	回 年 月 ( )	( )

5.人工授精を受けたことはありますか？  はい ( 年 月頃から開始)・ いいえ

※排卵誘発剤の使用がなかった場合を自然周期、使用があった場合を刺激周期としてカウントしてください。

	回数	最後の実施	施設名
自然周期	保険診療	回 年 月 ( )	( )
	自由診療	回 年 月 ( )	( )
刺激周期	保険診療	回 年 月 ( )	( )
	自由診療	回 年 月 ( )	( )

6.体外受精治療は受けたことはありますか？

はい・ いいえ

「はい」の方は採卵、移植の回数、今日現在で凍結保存中の凍結胚の個数をお教えてください。

	採卵回数	移植回数	現在保管中の凍結胚	
			初期胚	胚盤胞
保険診療	回	回	個	個
自由診療	回	回	個	個

採卵歴

回数	年	月	年齢	保険診療 / 自由診療	施設名	刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	培養結果
1				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
2				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
3				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
4				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
5				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
6				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
7				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
8				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
9				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
10				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
11				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止
12				保険・自由				媒精・顕微		新鮮胚移植・凍結胚 初期胚( ) 胚盤胞( ) 培養中止

胚移植歴

※新鮮胚移植、凍結胚移植関係なく、実施した胚移植について記入してください。

回数	年	月	年齢	保険診療 / 自由診療	施設名	周期(薬剤等の状況)	胚の状態	移植個数		妊娠の有無等
								初期胚	胚盤胞	
1				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮胚・凍結胚	( ) ( )		無・有 (出産・流産)
2				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮胚・凍結胚	( ) ( )		無・有 (出産・流産)
3				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮胚・凍結胚	( ) ( )		無・有 (出産・流産)
4				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮胚・凍結胚	( ) ( )		無・有 (出産・流産)
5				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮胚・凍結胚	( ) ( )		無・有 (出産・流産)
6				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮胚・凍結胚	( ) ( )		無・有 (出産・流産)
7				保険・自由		自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期	新鮮胚・凍結胚	( ) ( )		無・有 (出産・流産)