女性問診票

秋葉原 ART Clinic

【妻】

ふりがな

お名前　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭・平　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

身長（　　　　　）cm　　　体重（　　　）kg　　　血液型　（　　　）型　　　Rh　（　＋　／　－　）

〒　　－

ご住所

自宅 TEL（　　　　）　　　－　　　　　**携帯 TEL（　　　　）　　　－**

E-MAIL

ご職業　　　　　　　　　　　　　　勤務先名

【夫】 ふりがな

お名前　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭・平　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

1.受診された理由を教えてください（当てはまる項目に〇をつけてください）

・タイミング指導　・人工授精　・体外受精　・不妊原因検査　・妊活ドック　・ブライダルチェック

2.あなたの月経について

・最終月経はいつでしたか？現在生理中の方もご記入ください。（開始日　　　月　　　日　　本日月経　　　日目）

・初潮はいつでしたか？（　　　　歳）／　月経周期は何日ですか？（　　　　日）から（　　　　日）くらい

・月経は何日くらい続きますか？　（　　　　日間）　　・月経の時痛みますか？　　はい　／　いいえ

・月経の量はどれくらいですか？　　多い　／　普通　／　少ない

・他に気になることがあればご記入ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3.結婚・妊娠・分娩について

・入籍したのはいつですか？（　　　　年　　　月　　　日　）　初婚　・　再婚　／　未入籍

・セックスの経験はありますか？　　はい　／　いいえ

・性生活はどれくらいですか？　（　１カ月の性交回数　　約　　　回　）

・不妊期間（　　　年　　　カ月　）　避妊期間（　　　　年　　　月　～　　　　年　　　月　）

・妊娠したことはありますか？　　はい　／　いいえ

妊娠時期	妊娠の方法			
年　　月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産（　　週）胎嚢（＋　－）心拍（＋　－）掻爬術（＋　－）
年　　月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産（　　週）胎嚢（＋　－）心拍（＋　－）掻爬術（＋　－）
年　　月	自然・人工授精・体外受精	分娩	中絶	流産（　　週）胎嚢（＋　－）心拍（＋　－）掻爬術（＋　－）

※分娩の場合

出産日	分娩様式	妊娠週数	児出生時体重	性別	生後発育状況
年　　月	経腟　／　帝王切開			男　／　女	
年　　月	経腟　／　帝王切開			男　／　女	

裏面へ続く⇒

４.今までにかかった主な病気、受けた手術について（婦人科以外も含めて）

・病気になったことや手術を受けたことはありますか？　　はい　／　いいえ

・主な病気は　（　　　　　　　　　　　）（　　　）歳の時　　（　　　　　　　　　　　）（　　　）歳の時

・手術は　　　（　　　　　　　　　　　）（　　　）歳の時　　（　　　　　　　　　　　）（　　　）歳の時

・喘息にかかったことはありますか？　　はい　／　いいえ

・高血圧、糖尿病の診断を受けたことがありますか？　　はい　／　いいえ

・輸血や血液製剤の投与を受けたことがありますか？　　はい　／　いいえ

・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

・現在内服中の薬はありますか？（漢方薬も含みます）　　はい　／　いいえ

『はい』と回答された方は、薬の名前、種類をお書きください。(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

・今まで薬や注射で副作用（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』と回答された方は、薬の名前、種類をお書きください。(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

５.その他

・子宮頸がんの検査を１年以内に受けたことがありますか？　　はい（　　　年　　月）異常なし・あり　／　いいえ

・風疹について、過去に感染したことがありますか？　　はい　／　いいえ

・風疹のワクチン接種をしたことがありますか？　　はい　／　いいえ

・風疹抗体検査を受けたことがありますか？　　はい　／　いいえ

・喫煙はされますか？　　はい（1 日　　　本くらい）　／　いいえ　／　前にしていた（　　年前まで）

・サプリメント、栄養補助食品をとっていますか？　　はい　／　いいえ

『はい』と回答された方は、名前、種類、１日の量をお書きください。(　　　　　　　　　　　　　　　　　)

６.ご家族の健康状態について

・ご主人に特別な病気はありますか、また、継続して内服している薬はありますか？

はい（　遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他（　　　　　　　　）内服薬名（　　　　　　　　）　／　いいえ

・その他のご家族の中に特別な病気の方はいますか？

はい（　遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他（　　　　　　　　）　／　いいえ

７.今まで受けたことのある不妊検査がありますか？（他院の検査結果をお持ちの方、受付にご提出ください）

クラミジア検査・感染症検査・甲状腺機能検査・子宮卵管造影検査・精液検査・AMH・その他（　　　　　　　　）

8.今まで受けたことのある不妊治療

・タイミング（　　　）回、　人工授精（　　　）回、　体外受精：採卵（　　　）回、移植（　　）回

9.体外受精を行ったことがある場合はご記入ください

採卵年月	卵巣刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	新鮮胚移植	凍結胚数		施設名
						分割胚	胚盤胞	
年　月					有 ・ 無			
年　月					有 ・ 無			
年　月					有 ・ 無			
年　月					有 ・ 無			
年　月					有 ・ 無			

凍結胚移植年月	移植方法	移植胚	個数	判定日のｈＣＧ値	胎嚢の有無
年　月	自然 ・ ホルモン補充	分割 ・ 胚盤胞			有 ・ 無
年　月	自然 ・ ホルモン補充	分割 ・ 胚盤胞			有 ・ 無
年　月	自然 ・ ホルモン補充	分割 ・ 胚盤胞			有 ・ 無