

予診票

【ご本人の情報】

ふりがな 氏名	生年月日	西暦	年	月	日(歳)
	職業				
	身長	cm	体重	kg	
住所	〒 -				
所要時間	当院まで ◆電車で ◆車で ◆自転車で ◆徒歩で ()分程度				
電話番号	(◆自宅 ◆携帯)		留守電への録音 ◆Yes ◆No		

【緊急連絡先】 ◆夫 ◆パートナー ◆ご家族 (続柄)

ふりがな 氏名	生年月日	西暦	年	月	日(歳)
	職業				
住所	〒 -				
電話番号	(◆自宅 ◆携帯)		留守電への録音 ◆Yes ◆No		

1. これまで当院を受診されたことはありますか。	◆はい (最終受診 年 月頃)	◆いいえ
2. 来院される理由は次のどれですか。関係のあるもの全てにチェックをつけてください。		
<input type="checkbox"/> 不妊検査/不妊治療 <input type="checkbox"/> 卵子凍結 <input type="checkbox"/> プレ妊活/ブライダルチェック <input type="checkbox"/> ピル/月経移動 <input type="checkbox"/> 月経不順/月経困難症・PMS <input type="checkbox"/> 子宮筋腫/子宮内膜症/子宮腺筋症 <input type="checkbox"/> 妊娠かどうか <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 性病の検査 <input type="checkbox"/> 更年期症状 <input type="checkbox"/> 出血/腹痛/月経痛/腰痛 <input type="checkbox"/> 腫瘍/腫瘍 <input type="checkbox"/> 陰部の痛み <input type="checkbox"/> 尿の具合が悪い <input type="checkbox"/> おりもの/陰部のかゆみ <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> TOKYO プレコンゼミ <input type="checkbox"/> その他 ()		
3. これまでにかかった病気はありますか。当てはまるものに○をつけてください。		
◆心臓 ◆腎臓 ◆肝臓 ◆糖尿病 ◆性病 ◆貧血 ◆高血圧 ◆喘息 ◆自己免疫 ◆甲状腺 ◆精神疾患 ◆その他 ()		
4. これまでに手術を受けたことはありますか。	◆ある (具体的に)	◆ない
5. 現在服用している薬はありますか。(ピルを含む)	◆ある (薬品名)	◆ない
6. 薬剤のアレルギーはありますか。	◆ある (薬品名)	◆ない
7. 食品やその他のアレルギーはありますか。	◆ある (具体的に)	◆ない

8. 結婚していますか。		
<input type="checkbox"/> 未婚 (セックスの経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> 結婚予定 (西暦 年 月頃)	
<input type="checkbox"/> 既婚 (結婚は 西暦 年 月)	<input type="checkbox"/> 事実婚 (<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居)	
9. 子宮頸がん検診を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ある (年 月頃) 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> ない

【月経について】

1. 最終月経 (一番最近の月経) はいつですか。	()月 ()日から ()日間
2. 月経の周期について教えてください。	<input type="checkbox"/> 規則的にくる ()日周期
	<input type="checkbox"/> 不規則 ()~()日周期
3. 月経量と月経痛について教えてください。	月経量は (<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 少ない)
	月経痛は (<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> なし)

【妊娠・分娩歴について】 ※必ずご記入ください。

妊娠 ()回, 分娩 ()回, 流産 ()回, 中絶 ()回

	年月	週数	妊娠方法※	妊娠経過	異常など
1	年 月	妊娠 週		<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 手術)	<input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 中絶
2	年 月	妊娠 週		<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 手術)	<input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 中絶
3	年 月	妊娠 週		<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 手術)	<input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 中絶
4	年 月	妊娠 週		<input type="checkbox"/> 分娩 (<input type="checkbox"/> 経膈 <input type="checkbox"/> 帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 手術)	<input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 中絶

※ 妊娠方法を下記から選択し、当てはまるアルファベットを記入してください。

- a.自然妊娠 b.タイミング法 c.人工授精 d.新鮮胚移植 e.凍結融解胚移植 f.妊娠方法不明

不妊検査・不妊治療問診票

以下は不妊検査／不妊治療でご来院予定の方のみご記入ください。

1. 不妊期間(避妊していない期間)を教えてください。	()年()ヶ月	
2. 不妊治療で通院した経験はありますか。	◆ある	◆ない
3. ご主人は協力的ですか。	◆はい	◆いいえ ◆わからない
4. 性交渉に問題はありますか。	◆はい	◆いいえ ◆わからない
5. 1ヶ月の平均的な性交渉の頻度を教えてください。	ひと月あたり()回	
6. ご主人は不妊治療をしていますか。	◆はい(◆当院 ◆他院)	◆いいえ
7. 当日の精液検査は希望されますか。	◆はい	◆いいえ
8. たばこを吸いますか。	妻(◆吸う ◆吸わない)	夫(◆吸う ◆吸わない)
9. 質問2で「不妊治療で通院した経験がある」と答えられた方へお聞きします。		
① これまでに受けた検査、治療をわかる範囲で教えてください。		
----- 他院で保険適用による胚移植を受けた方は紹介状をご持参ください。(初回生殖補助医療の治療計画書を作成した日付がわかるもの。初診日になくても大丈夫です)		
② 他院で胚移植を受けましたか。	◆はい ◆自費のみ ◆保険()回移植済	◆いいえ
10. 治療の進め方のご希望、困っていること、相談したいことがあればお書きください。		

11. 当院をどちらでお知りになりましたか。(複数回答可)		

<input type="checkbox"/> 当院ホームページ	<input type="checkbox"/> 紹介(◆医療機関 ◆友人 ◆知人)	
<input type="checkbox"/> 不妊治療情報サイト()	<input type="checkbox"/> 書籍・雑誌()	
<input type="checkbox"/> その他()		
12. 当院を受診しようと思われたきっかけを教えてください。(複数回答可)		

<input type="checkbox"/> 紹介されたから	<input type="checkbox"/> 当院が近いから	
<input type="checkbox"/> タイミング法・人工授精法を考えているから	<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精を考えているから	
<input type="checkbox"/> 当院が必要最小限の治療を目指しているから	<input type="checkbox"/> 当院が JISART の会員だから	
<input type="checkbox"/> 以前当院にかかっていたから	<input type="checkbox"/> その他()	
13. 現時点でどのような治療を希望しているか教えてください。(複数回答可)		

<input type="checkbox"/> タイミング法	<input type="checkbox"/> 人工授精法	<input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精
<input type="checkbox"/> 着床前診断・先進医療など	<input type="checkbox"/> 医師と相談してから決めたい	

エストロゲン・プロゲステロン製剤(LEP・OC) 処方 チェックシート

経口避妊薬、エストロゲン・プロゲステロン製剤を処方する可能性のある方に対して、重篤な副作用に関わるリスク評価としてお聞きしております。項目は多いですがご記入お願いいたします。

1. これまでに経口避妊薬、エストロゲン・プロゲステロン配合錠を服用した経験はありますか。	◆ある 薬剤名 ()	◆ない
2. 高血圧といわれたことがありますか、または降圧薬を内服されていますか。	◆ある 薬剤名 ()	◆ない
3. タバコを吸いますか。	◆はい () 本/日	◆いいえ
4. 妊娠中または妊娠している可能性がありますか。	◆ある	◆ない
5. 授乳中ですか。	◆はい	◆いいえ
6. 不正性器出血はありますか。	◆ある	◆ない
7. 激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことはありますか。	◆はい	◆いいえ
7-1. 質問7で「はい」と答えた方へお聞きします。 頭痛の前兆はありますか。(目がチカチカするなど)	◆前兆を伴う	◆伴わない
8. ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれはありますか。	◆ある	◆ない
9. 以下の病気といわれたことがありますか。 深部静脈血栓症、肺塞栓症、SLE、抗リン脂質抗体症候群、血栓症素因、脳血管障害、心疾患、肝機能障害・肝腫瘍、胆嚢疾患、子宮頸がん、子宮体がん、乳がん、てんかん、ポルフィリン症、テタニー、クローン病、潰瘍性大腸炎	◆ある	◆ない
10. 流産・死産を繰り返したことがありますか。	◆ある	◆ない
11. 妊娠中に妊娠高血圧症候群、妊娠中毒症、妊娠掻痒症、黄疸、妊娠ヘルペスといわれたことがありますか。	◆ある	◆ない
12. ご家族・ご自身に血栓症にかかったことのある方はいますか。	◆ある	◆ない
13. ご家族・ご自身に乳がんにかかったことのある方はいますか。	◆ある	◆ない

※ 来院時に体重測定、血圧測定を行わせていただきます。

※ 40歳以上の方、BMI 30以上の方、喫煙者の方、高血圧の既往のある方、片頭痛の方、産褥4週間以内の方、手術前4週以内・手術後2週間以内の方、血栓症素因のある方などには薬剤を処方できない場合があります。詳しくは医師とご相談ください。