

女性問診票

※緊急時などにご連絡が必要な場合がございますので、正確にご記入下さい※

妻	フリガナ	生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)
	氏名	携帯番号
		Email
		ご職業
夫	フリガナ	生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)
	氏名	携帯番号
		Email
		ご職業
ご住所	〒	自宅電話番号

病院から自宅に連絡をする際、病院名（にしたんアーククリニック）を告げてもよいでしょうか？（良い・悪い）

基本情報について

1 あなたの血液型と身長体重をご記入下さい

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

アレルギー・嗜好品について

2 アレルギーはありますか？（ない・ある）

ある方（大豆・卵・局所麻酔・その他（具体的に： ））

3 使用してはいけないお薬はありますか？（ない・ある（具体的に： ））

4 喫煙の習慣はありますか？（ない・ある（1日 本 / 喫煙開始年齢 歳から））

5 飲酒の習慣はありますか？（ない・ある）飲酒頻度（毎日・時々・たまに付き合い程度）

1日あたりの飲酒量（ビール・日本酒・焼酎・ワインを mLくらい）

既往歴について

6 喘息はありますか？（ない・ある（最終発作： 年 月））

7 糖尿病はありますか？（ない・ある）

8 高血圧はありますか？（ない・ある）

9 ご自身に血栓症はありますか？（ない・過去または現在ある（症状： ））

10 ご家族に血栓症がある方はいますか？（ない・過去または現在ある（続柄： 症状： ））

11 今までに「病気」「手術」をしたことがありますか？（ ない ・ ある ）

※ある方は現在治療中のもの、以前検査で異常を指摘されたことがあるもの、治療が終了した過去のものなどすべてご記入下さい。
乳がんや子宮がん、心臓病、腎臓病、膠原病などの既往歴も忘れずにご記入下さい。

年 月	病 名	手 術 名	病 院 名
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

12 転院された方は転院の理由をお聞かせ下さい（ ）

13 血縁者に3回以上流産を繰り返している方や遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか？（ いない ・ いる（続柄： ））

感染症について

14 ご本人が今までに診断された感染症はありますか？（ ない ・ ある ）

ある方（ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV/エイズ ・ その他： ）

15 風疹ワクチンを受けたことがありますか？（ ない ・ ある（ 年 月 ））

16 クラミジア・淋病などの性病にかかったことはありますか？（ ない ・ ある（ 年頃、 治療済 ・ 治療未 ））

女性・治療情報等について

17 不妊期間（ 年 カ月 ）

18 避妊期間（ 年 月 ～ 年 月 ）

19 月経歴（ 初経 歳 ） 月経周期（ 日型（ 順 ・ 不順 ）） 出血の持続（ 日間 ）

20 月経痛（ あり ・ なし ） 月経量（ 多い ・ 普通 ・ 少ない ）

21 最終月経（ 月 日から 日間 ） ※本日月経の場合（ 日目 ）

22 結婚歴（ 結婚年齢 歳、 結婚 年 月 日 ）

23 離婚（ 年 月 日 ） 再婚（ 年 月 日 ）

24 既婚 ・ 婚約中 ・ 内縁 ・ 独身

25 妊娠したことはありますか？（ ない ・ ある ） *子宮内に胎囊が見えずに月経が来ってしまう化学的妊娠「化学流産」は妊娠・流産には含めません。子宮外妊娠の場合は記入して下さい。

妊娠時期	妊娠方法	妊娠後
年 月	自然 ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩 ・ 中絶 ・ 流産（ 週）胎囊（+-）心拍（+-）掻把術（+-）
年 月	自然 ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩 ・ 中絶 ・ 流産（ 週）胎囊（+-）心拍（+-）掻把術（+-）
年 月	自然 ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩 ・ 中絶 ・ 流産（ 週）胎囊（+-）心拍（+-）掻把術（+-）
年 月	自然 ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩 ・ 中絶 ・ 流産（ 週）胎囊（+-）心拍（+-）掻把術（+-）
年 月	自然 ・ 人工授精 ・ 体外受精	分娩 ・ 中絶 ・ 流産（ 週）胎囊（+-）心拍（+-）掻把術（+-）

分娩の場合（ 出産日 年 月 日 ） 分娩方法（ 経膈分娩 ・ 帝王切開 ）

（ 週 g 男 ・ 女 現在 歳 ） 出産した病院名（ ）

26 自覚症状はありますか？（ ない ・ ある（ 乳汁分泌がある ・ 性交痛 ・ 手の震え ・ 体重の急激な増減 ） ）

その他自覚症状（具体的に： ）

27 基礎体温をつけていますか？（ 現在つけている ・ 過去につけていた ・ つけていない ）

28 今までに不妊治療・検査を受けたことがありますか？（ ない ・ ある ）

ある方は下記に受けた治療・検査内容をご記入下さい。

検査項目	検査結果	検査日	病院名	治療歴
子宮卵管造影	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
卵管通気・通水検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
ホルモン検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
AMH	ng/ml	年 月		無 ・ 有（ ）
フーナーテスト	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
クラミジア抗体検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
感染症検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
子宮鏡検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
精液検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
甲状腺機能	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
不育症検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
プロラクチン	ng/ml	年 月		無 ・ 有（ ）
腹腔鏡検査	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）
その他（ ）	正常 ・ 異常	年 月		無 ・ 有（ ）

施設名	タイミング療法	AIH	採卵	移植
	回	回	回	回
	回	回	回	回
	回	回	回	回
	回	回	回	回
	回	回	回	回
	回	回	回	回

29 体外授精を行ったことがある場合はご記入下さい

< A排卵誘発 B受精方法 C移植方法は以下から適切なものを選び番号を記入して下さい >

A : ①完全自然 ②クロミッド ③クロミッド+HMG ④アンタゴニスト法 ⑤ショート法 ⑥PPOS法

B : ⑦ふりかけ方式 (通常のIVF) ⑧顕微授精(ICSI) ⑨スプリットICSI (IVF + ICSI)

C : ⑩自然周期移植 ⑪低刺激移植 ⑫ホルモン補充周期移植

採卵	採卵年月	A排卵誘発	排卵誘発注射 合計単位数	B受精方法	採卵数	受精数	移植可能胚		施設名
							初期胚	胚盤胞	
例	2019年 2月	③	600	⑧	7	5	0	2	〇〇クリニック
1	年 月								
2	年 月								
3	年 月								
4	年 月								
5	年 月								
6	年 月								
7	年 月								
8	年 月								
9	年 月								
10	年 月								

採卵	採卵年月	C移植方法	移植胚					SEET法	胚移植後の hCG値	妊娠の 有無
			分割レベル	グレード	個数	新鮮胚 凍結胚	アシステッド ハッチング			
例	2019年 5月	⑫	胚盤胞	4 AA	1	新・ <input checked="" type="radio"/> 凍	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	12.5 ng	<input checked="" type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 有
1	年 月					新・凍	無・有	無・有	ng	無・有
2	年 月					新・凍	無・有	無・有	ng	無・有
3	年 月					新・凍	無・有	無・有	ng	無・有
4	年 月					新・凍	無・有	無・有	ng	無・有
5	年 月					新・凍	無・有	無・有	ng	無・有
6	年 月					新・凍	無・有	無・有	ng	無・有
7	年 月					新・凍	無・有	無・有	ng	無・有

30 当院の内覧会に参加されたことはありますか？ (ない ・ ある (年 月 日))

31 今回受診された理由 ()

32 当院で希望する治療 ()

- 33 当院への希望（特に無い・ある（ ））
- 34 治療ペース（ゆっくり・普通・早め・おまかせ）
- 35 検査（最小限・できるだけたくさん・おまかせ）
- 36 採血・内診・注射・薬・検査・治療によって気分が悪くなったことはありますか？（ない・ある）
ある方（採血・内診・注射・薬・検査・治療・その他（ ））
- 37 現在内服している薬・サプリメント（ない・ある（ ））
- 38 子宮頸がん検診は最近いつ受けましたか？（受けていない・受けた（ 年 月 ））
結果（異常なし・あり（ ））
- 39 乳がん検診は最近いつ受けましたか？（受けていない・受けた（ 年 月 ））
結果（異常なし・あり（ ））
- 40 性生活の頻度はどれくらいですか？ 一か月の性交回数（約 回）
性交不可能の場合（具体的に： ）
- 41 当院をどうやってお知りになりましたか？
 医師からの紹介（病院名： 医師名： ）
 友人・知人からの紹介（紹介者： 続柄： ）
 その他（ ）

ありがとうございました。記入が終わりましたら受付スタッフにお渡し下さい。