

# さっぽろARTクリニック 問診票

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

\* 下記の項目について、記入もしくは該当項目の口にチェックをお願いします。

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	生年月日	年 月 日 ( 歳)
職業		職業	
住所	〒		
[携帯番号]	- -	[自宅]	- -
[緊急連絡先]	- -	(続柄)	
クリニックまでの通院時間	約	時間	分 交通機関 ( )
ご紹介者	( ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> クリニック		

## 1) 本日はどのようなことで来院されましたか

- 不妊の相談 妊娠を希望されてどのくらいの期間が経過していますか ( 年 ヶ月)
- 体外受精・顕微授精相談 不育症・習慣流産の相談 (妊娠するが流産となる等)
- 男性不妊外来受診中 他院より紹介 ( )
- がん検診 セカンドオピニオン (不妊治療相談)
- その他 ( )

## 2) 月経について

- ・初潮 \_\_\_\_\_ 歳
- ・最終月経 \_\_\_\_\_ 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日 ( 日間)
- ・その前の月経 \_\_\_\_\_ 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 日 ( 日間)
- ・周期 順調 ( 日周期) 不順 ( 日 ~ 日)
- ・月経に伴う症状がありますか 下腹部痛 腰痛 頭痛 なし
- ・痛み止めを使用しますか はい いいえ

## 3) 結婚について

- 結婚 ( 年 月) 離婚 ( 年 月)
- 再婚 ( 年 月) 未婚 ( 年 月結婚予定) 未婚

## 4) 妊娠されたことはありますか

- ① 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週 (男・女 g)
- ② 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週 (男・女 g)
- ③ 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週 (男・女 g)
- ④ 年 歳の時 (経膈分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産) 妊娠 週 (男・女 g)

5) 奥様についてお尋ねします

・身長 \_\_\_\_\_ cm                      体重 \_\_\_\_\_ Kg  
 ・血液型 \_\_\_\_\_ 型 (Rh + - ) \*おわかりにならなければ結構です  
 ・喫煙歴 あり ( \_\_\_\_\_ 本/日 ・ 現在は吸っていない)                      なし  
 ・飲酒 毎日                      時々                      飲まない  
 ・性交渉経験 あり                      なし  
 ・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか。  
なし                      子宮筋腫                      子宮内膜症                      チョコ                      腺筋症                      卵巣のう腫 (右 左 )  
がん ( \_\_\_\_\_ )                      喘息 (最終発作 \_\_\_\_\_ 頃)                      心臓病  
糖尿病                      高血圧                      肝臓病                      腎臓病                      甲状腺疾患 (機能亢進症 ・ 機能低下症)  
感染症 (HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎)                      消化器疾患 (疾患名 \_\_\_\_\_ )  
精神疾患 ( \_\_\_\_\_ )                      その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 ・手術の経験はありますか                      あり                      なし  
 (病名 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_ 歳の時)  
 ・現在内服中のお薬 (サプリメント・漢方を除く) はありますか                      はい                      いいえ  
 (薬品名 \_\_\_\_\_ )  
 ・サプリメント・漢方を内服していますか                      はい                      いいえ  
 (薬品名 \_\_\_\_\_ )  
 ・注射や内服薬で副作用・アレルギーを経験したことはありますか                      はい                      いいえ  
 (注射・薬品名 \_\_\_\_\_ )

6) ご主人 (パートナー) についてお尋ねします (おわかりになる範囲でお願いします)

・身長 \_\_\_\_\_ cm                      体重 \_\_\_\_\_ Kg  
 ・喫煙歴 あり ( \_\_\_\_\_ 本/日 ・ 現在は吸っていない)                      なし  
 ・飲酒 毎日                      時々                      飲まない  
 ・病歴 (主な病気 \_\_\_\_\_ 歳の時)

7) 今まで受けられた検査の□にチェックと○印で経過のご記入をお願いします

検査内容	検査日	実施施設	検査結果	
<input type="checkbox"/> ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/> 卵管造影			異常なし	異常あり (癒着・閉塞・右・左)
<input type="checkbox"/> 子宮鏡検査			異常なし	異常あり (ポリープ・筋腫)
<input type="checkbox"/> クラミジア検査			異常なし	異常あり (内服済み・未治療)
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診			異常なし	異常あり (治療済み・経過観察中)
<input type="checkbox"/> 不育症検査			異常なし	異常あり ( _____ )
<input type="checkbox"/> 精液検査			異常なし	異常あり (数・濃度・運動率)

治療内容

タイミング ( \_\_\_\_\_ ) 回                      最後におこなった ( \_\_\_\_\_ 年 月)

人工授精 ( \_\_\_\_\_ ) 回                      最後におこなった ( \_\_\_\_\_ 年 月)

体外受精【3枚目の記入もお願い致します】

\*ご記入ありがとうございました。

体外受精を受けられた方は記入をお願い致します

採卵 1 回目						
年 月		施設名				
卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
・自然 ・ロング ・クロミッド ・ショート ・アンタゴニスト ・その他 ( )		・体外受精 ・顕微授精 ・その他 ( )		初期胚  胚盤胞	・初期胚 ・胚盤胞 ・移植せず	
1 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
2 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
3 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
4 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
採卵 2 回目						
年 月		施設名				
卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
・自然 ・ロング ・クロミッド ・ショート ・アンタゴニスト ・その他 ( )		・体外受精 ・顕微授精 ・その他 ( )		初期胚  胚盤胞	・初期胚 ・胚盤胞 ・移植せず	
1 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
2 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
3 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
4 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
採卵 3 回目						
年 月		施設名				
卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
・自然 ・ロング ・クロミッド ・ショート ・アンタゴニスト ・その他 ( )		・体外受精 ・顕微授精 ・その他 ( )		初期胚  胚盤胞	・初期胚 ・胚盤胞 ・移植せず	
1 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
2 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
3 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
4 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
採卵 4 回目						
年 月		施設名				
卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
・自然 ・ロング ・クロミッド ・ショート ・アンタゴニスト ・その他 ( )		・体外受精 ・顕微授精 ・その他 ( )		初期胚  胚盤胞	・初期胚 ・胚盤胞 ・移植せず	
1 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
2 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
3 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>
4 回目の移植	施設名		年 月	初期胚	・ 胚盤胞	<移植胚数>

ご希望の治療などがあればお書きください

{