

Shinjuku ART Clinic(女性用)問診票(初診日 年 月 日)

職員記載欄

ふりがな		生年月日	S・H 年 月 日(歳)
お名前		血液型	型
		RH	RH()・不明
住所	〒 -		
自宅電話	- -	身長	cm 職業
携帯電話	- -	体重	Kg 勤務先
薬品アレルギー なし・あり()	現在内服中の薬・漢方薬・サプリメント		
食品アレルギー なし・あり()			
その他アレルギー なし・あり()			
過去に局所麻酔薬を使用したことがありますか? なし・あり⇒副作用 なし・あり()			
当院の説明会に参加したことがありますか? はい(年 月) ・ いいえ			
当院のWeb説明会(動画)をご覧になったことがありますか? はい ・ いいえ			
当院のオンライン不妊カウンセリングを受けたことがありますか? はい(年 月 日) ・ いいえ			
加藤レディースクリニック・夢クリニック系列(新橋・日本橋等)へ通院したことがありますか? はい(クリニック名)・いいえ			

1. 本日も来院の目的はなんですか?

一般不妊治療(タイミング治療・人工授精)・体外受精・その他()

2. 月経について

- ①初めての月経は何歳ですか?
歳
- ②最後の月経はいつから始まりましたか?
年 月 日 本日月経()日目
- ③月経周期(月経開始から次の月経まで)
日～ 日型・その他()
- ④月経量はどれくらいですか?
多い・普通・少ない

3 結婚・妊娠・出産について

- ①セックスの経験はありますか?
はい・いいえ
- ②結婚したのはいつですか?
西暦 年 月(初婚・再婚)
- ③これまで避妊していた期間はありますか?
なし・あり(年 月～ 年 月)
- ④性交障害がありますか?
はい・いいえ

4. 結婚・妊娠・出産について

- ①妊娠したことはありますか?

ある(回) ない あるをチェックされた方はご記入ください

妊娠した年 (西暦)	年齢	不妊治療 有・無	妊娠経過					出生体重 g	性別	健康状態
			分娩	出産状況	早産	流産	中絶			
1	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g	
2	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g	
3	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g	
4	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g	
5	年	歳	有・無	週	経腔・帝王切開	週	週	週	g	

5. 今までかかった病気やケガ・手術について

	以下のご病気をされたことがありますか?	どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> (西暦)年 歳	○をつけて下さい	内服中の薬
1	喘息にかかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	年 歳	治療・治療中・未治療
2	高血圧の診断を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	年 歳	治療・治療中・未治療
3	糖尿病の診断を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	年 歳	治療・治療中・未治療

6.* 其他のご病気・ケガ・手術や感染症などの既往歴は以下にご記載ください。

(西暦)	歳	病名	現在の状況	治療内容	内服中の薬
年	歳		治療・治療中・未治療		
年	歳		治療・治療中・未治療		
年	歳		治療・治療中・未治療		
年	歳		治療・治療中・未治療		

7. 不妊治療に関わる検査歴の有・無とその結果について教えてください

項目	検査歴 検査結果	検査日	検査後の治療歴
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	
TSH	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
FT4	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
抗サイログロブリン抗体	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
クラミジア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
風疹抗体検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	⇒検査法: HI・IgG・IgM
風疹予防接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 接種済(接種日)		
子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 結果()	/ /	なし・治療済・通院中
たばこは吸いますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日 本)		
お酒は飲みますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日量)		
プラセント注射・サプリ使用	<input type="checkbox"/> 使用歴なし <input type="checkbox"/> 使用歴あり 最終使用日()		

8. これまで行ったことのある不妊検査・治療について

①卵管造影(又は卵管通水検査)は受けた事がありますか

いいえ はい 検査日 西暦()年()月
 卵管検査結果
 右 異常なし 閉塞 狭窄 その他
 左 異常なし 閉塞 狭窄 その他

②ヒューナー検査は受けた事がありますか

いいえ はい
 検査結果
良好 不良 やや不良 その他

③タイミング療法を受けた事がありますか

いいえ はい()回

④人工授精を受けた事がありますか

いいえ はい(回) 最終人工授精日(西暦 年 月 日)

⑤体外受精を受けたことがありますか

いいえ はい 採卵()回 最終採卵日(西暦 年 月 日)
 移植()回 最終移植日(西暦 年 月 日)

体外受精の治療内容に関しては2枚目にご記入ください。

9. ご主人様について

ふりがな	生年月日	年齢	職業
氏名	S・H 年 月 日	歳	

1)ご主人さまは、精液検査をされたことがありますか？

いいえ はい 正常 異常

検査日	西暦	年	月
結果	精液量	ml	濃度
	運動率	%	奇形率
			万/ml
			%

2)ご主人様のいままでかかった病気やケガ・手術について

年齢	病名	年齢	病名
(歳)	()	(歳)	()
(歳)	()	(歳)	()
(歳)	()	(歳)	()

体外受精の治療歴は以下ご記入下さい お名前)

採卵日(西暦)	卵巣刺激法	hCG	採卵数	移植済卵数	移植日(西暦)	分割卵/胚盤胞	妊娠の有無
1 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
2 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
3 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
4 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
5 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
6 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
7 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		

体外受精の治療歴は以下ご記入下さい お名前)

採卵日(西暦)	卵巣刺激法	hCG	採卵数	移植済卵数	移植日(西暦)	分割卵/胚盤胞	妊娠の有無
8 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
9 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
10 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
11 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
12 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
13 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		
14 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> 低刺激 (クロミッド/レトロゾール) <input type="checkbox"/> 自然周期 <input type="checkbox"/> 不明	使用 なし ・ 使用 あり	個	個	/ /		
			受精卵数	凍結保存卵	/ /		
			体外 顕微		/ /		
			個 個	個	/ /		