初診申込書 ・ 検査記録

（正確にご記入ください）　ID　ID

年　月　日

ふりがな		生　年　月　日	
氏　名		大・昭・平　年　月　日生 （　歳）	
現住所	〒（　－　）		
住民票の場所	和歌山市　・　その他　（　）		
自宅 TEL		職　業	
携帯電話		職　種	

身長	体重	血液型
血圧	BMI	型 RH

適当な所を記入または〇で囲んでください

子供が欲しい　→　治療を希望する　・　相談を希望する

↓下記の枠内は記入せず、2枚目以降の「不妊外来問診票」の記入にお進みください。

G　P　（Sa　Ca　Aa　）

血液検査	結果	日付
FSH		
LH		
PRL		
TSH		
FT3		
FT4		
SIT		
AMH		
クラミジア	PCR	
	IgA	
	IgG	
感染症検査		
HSG	R（　） L（　）	
子宮鏡		
フーナー		
E2		
P4		
頚部スメア		
膣培養		
抗核抗体		
APTT		
抗甲状腺抗体		
風疹		

精液検査		
量		
数		
運動率		
前進性		
奇形率		
培養		

IVF術前検査（　）		
AMH		
FSH		
LH		
PRL		
TSH		
FT4		
FT3		
子宮鏡		

遊離testosteronn		
BS		
インスリン		
HbA1c		
HOMA-IR		

HSG	HF	ST持参	ST院内	ST再	初同意	A同意書	戸籍	戸籍	戸籍	戸籍							一般
																	IVF

不妊外来問診票

不妊症を治療するにあたって、原因を究明して、その人それぞれに応じた治療法を行うことが大切です。この問診票はその重要な手掛りとなるものです。解答内容に関する秘密は厳守いたしますので、詳しく正確にお書き下さい。

現在ご夫婦で考えている治療方法全てに〇をして下さい。

排卵誘発　　タイミング療法　　人工授精　　体外受精・顕微授精

※ 当院では不妊検査のみ、タイミング療法のみはお受けしていません。
不妊原因の割合は男女で同率です。第2子不妊でも男性側の異常があることも多く見られます。
ご夫婦ともに検査を受けていただきます。

	氏　名	生年月日・年齢	職業・職種	身　長	体　重	血液型
ふりがな		年　月　日				型
あなた		歳				Rh
ふりがな		年　月　日				型
ご主人		歳				Rh

仕事はされていますか　いいえ　はい　勤務時間　：　～　：　（常勤・パート　週　回）

結婚年月日はいつですか　年　月　日

避妊をやめてから何年何ヶ月たっていますか　年　ヶ月

性生活は月に何回くらいありますか　約　回

性生活に支障をきたすことがありますか　勃起障害・射精障害・生活時間のずれ・性交できない

現在の結婚は初婚ですか再婚ですか
あなた：　初婚　再婚　子供　あり　なし
ご主人：　初婚　再婚　子供　あり　なし

今までの妊娠経過について書いてください
妊娠回数　回　自然流産　回
分娩回数　回　中絶　回

分娩した年月	分娩			
	分娩した週数	性別	体重	妊娠中・分娩時の異常の有無
①　年　月				
②　年　月				
③　年　月				

	流産	中絶
①　年　月	ヶ月	ヶ月
②　年　月	ヶ月	ヶ月
③　年　月	ヶ月	ヶ月

今までにうけた検査について教えてください
ホルモン検査（異常なし　異常あり）　フーナーテスト（異常なし　異常あり）
子宮卵管造影（異常なし　異常あり）　卵管通水・通気検査（異常なし　異常あり）
子宮鏡検査（異常なし　異常あり）　腹腔鏡検査（異常なし　異常あり）
精液検査（異常なし　異常あり））

今までの不妊治療について書いてください（あてはまるものを〇で囲みいつ頃か記入してください）

	医　療　機　関	治　療　内　容
年　月から　年　月		排卵誘発（クロミフェン、HMG注射、hCG注射） タイミング療法（　か月） 人工授精（　回）　体外受精（　回） 顕微授精（　回）凍結融解胚移植（　回）
年　月から　年　月		排卵誘発（クロミフェン、HMG注射、hCG注射） タイミング療法（　か月） 人工授精（　回）　体外受精（　回） 顕微授精（　回）凍結融解胚移植（　回）
年　月から　年　月		排卵誘発（クロミフェン、HMG注射、hCG注射） タイミング療法（　か月） 人工授精（　回）　体外受精（　回） 顕微授精（　回）凍結融解胚移植（　回）

今まで手術をうけたことがありますか　　はい ・ いいえ

“はい”の方はその内容

（産婦人科手術）

卵巣腫瘍摘出術　卵巣摘出術　子宮筋腫核出術　子宮内膜ポリープ切除術　卵巣焼灼術

子宮頚部円錐切除術　子宮外妊娠手術　卵管結紮　流産手術　その他（　　）

（産婦人科以外の手術）

月経は順調ですか　　はい ・ いいえ　不順な時はどれくらいあきますか（　　）

最近の月経はいつからですか　　前回　年　月　日から　日間

今回　年　月　日から　日間

月経の周期はどれぐらいですか　　日 ～　日周期

月経の量はどれぐらいですか　　①多量　②普通　③少量

月経痛はありますか　　はい ・ いいえ

“はい”の方はどの程度ですか　（　　）

今までに婦人科を受診されたことはありますか　はい：いつ頃　いいえ

今までに子宮がん検診を受けたことがありますか　はい：いつ頃　いいえ

採血、内診、検査、注射で気分が悪くなったり、気を失ったことがありますか　はい（何で：　　）いいえ

パニック障害、過呼吸、意識消失発作、てんかんがでたことがありますか　はい　いいえ

下記の病気を指摘されたことがありますか（あてはまるものを〇で囲みいつ頃か記入してください）

1.子宮筋腫　2.子宮内膜症　3.子宮腺筋症　4.卵巣腫瘍　5.性病（クラミジア、性器ヘルペスほか）

6.子宮頚部の病気　7.子宮外妊娠　8.卵管結紮　9.糖尿病　10.高血圧　11.甲状腺疾患　12.自己免疫疾患

13.喘息　14.がん・悪性疾患　15.心疾患　16.肝疾患　17.腎疾患　18.血液疾患　19.精神科疾患

20.その他（　　）　21.なし

飲酒はされますか　はい（毎日 ・ ときどき ・ たまに）　いいえ

何を ：　どれ位の量のみますか ：

たばこは吸いますか　はい（　本／日）　以前吸っていたがやめた（　年前まで　年間喫煙）

いいえ

海藻類を好んで食べますか　はい　いいえ

イソジンのうがいをよくしますか　はい　いいえ

常用している薬やサプリメントはありますか　はい　いいえ

“はい”の方はどのような薬ですか（　　）

アレルギーはありますか（くすり・食べ物・花粉など）　はい　いいえ

“はい”の方はどのようなアレルギーですか（　　）

ご主人について

今までかかったことのある病気や現在治療中、服用中の薬はありますか　　はい　　いいえ

“はい”の方はどのような病気・薬ですか（　　）

下記の病気を指摘されたことがありますか（あてはまるものを〇で囲みいつ頃か記入してください）

1.心疾患　2.腎臓疾患　3.肝疾患　4.糖尿病　5.耳下腺炎　6.睾丸炎　7.性病（クラミジア他）

8.精神科疾患　9.外傷・交通事故　10.がん・悪性疾患　11.その他（　　）　12.なし

飲酒はされますか　　はい（毎日　・　ときどき　・　たまに）　　いいえ

何を　：　　どれ位の量のみますか　：

たばこは吸いますか　　はい（　　本／日）　以前吸っていたがやめた（　　年前まで）

いいえ

精液検査を受けたことがありますか　　はい　　いいえ

いつ頃　：　　結果　：

不妊治療・検査を受けるにあたりご主人の協力が得られなければ治療が困難ですが、ご主人は協力的ですか

はい　　どちらでもない（　　）　　いいえ

家族歴について

両親、兄弟姉妹のなかでかかったことのある病気に〇をしてください

1.心疾患
病名

2.腎臓疾患
病名

3.肝疾患
病名

4.糖尿病

5.甲状腺疾患
病名

6.自己免疫疾患
病名

7.血液疾患
病名

9.精神科疾患
病名

10.がん・悪性疾患
病名

12.その他
病名

13.なし

あなたが産まれた時のご両親の年齢　　父　　才　　母　　才

あなたは何人兄弟姉妹の何番目ですか　　人　　番目

家族や親戚のなかで遺伝的疾患をもった人がいますか　　はい　　いいえ

誰が　：

種類　：

当院をなにでお知りになりましたか

主治医からの紹介（医療機関　：　　）　知り合いから聞いた（どなた　：　　）

インターネット　タウンページ　広告　エバグリーン　前をとおりかかって

最後に

なにか聞きたいことや伝えたいことがあれば書いてください

うつのみや
レディースクリニック