初診申込書 ・ 検査記録

年　　月　　日　　（正確にご記入ください）　ID　　ID

ふりがな		生　年　月　日	
氏　名		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　　型
血圧	BMI	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		
フローラ初回		
フローラ再		
感染症		

インスリン		
HbA1c		
BS		
HOMA-IR		
testosteronn		

H S G	H　F	ST 持参	ST 院内	ST 再	初同意書	パンフ	戸　籍	一般計画	フローラPCR		

不妊外来問診票

恐れ入りますが、下記の方はお断りしています。
下記項目に該当されない方は問診票に記入頂き来院ください。　該当なし

- ☐ **喫煙されている方（男女どちらでも）**
- ☐ **現在挙児希望のない方、治療希望のない方**
- ☐ **持病があり妊娠、出産が難しい方**
- ☐ **46歳以上の方**
- ☐ **BMI（体重Kg÷身長m÷身長m）が35以上の高度肥満の方**
- ☐ **セカンドオピニオン希望の方**
- ☐ **現在、授乳中又は妊娠中の方**

不妊症を治療するにあたって、原因を究明しその方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。

紹介状はお持ちですか　（はい　医療機関名：　　いいえ）

現在、他の医療機関に通院中ですか　　はい　・　いいえ
　　医療機関名：
　　受診日：
　　治療内容等：

マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか　　はい　・　いいえ

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	身長	体重	BMI	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

婦人科受診歴について

・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

・直近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～　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～　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～　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）

卵管造影検査（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）

月経について

・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　（　）

既往歴について

・下記の病気を指摘されたことがありますか　はい（医療機関名：　　）・いいえ
（あてはまるものを〇で囲み、時期・治療内容を記入してください）

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

・今まで手術をうけたことがありますか　はい（医療機関名：　　）・いいえ
（あてはまるものを〇で囲み、時期・治療内容を記入してください）

（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）

・現在、処方されている薬はありますか（マイナ保険証による情報取得に同意した方は1カ月以内の記載を省略可能）　いいえ

“はい”の方は　薬剤名：
用量：
投薬期間：

・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（　　）

・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

・この１年間で特定健診を受診されましたか（マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載を省略可能）いいえ

“はい”の方は　受診時期：
指摘事項：　なし

ワクチン接種について　＊**和歌山市**の方は保健所に必ず確認して下さい。　確認済　・　確認未

・今までに風疹ワクチンを接種した事がありますか　はい：いつ頃　いいえ

・風疹抗体検査を受けたことがある方は、抗体価を教えてください
HI法　（　　）倍　検査時期（　　）
EIA法（　　）　検査時期（　　）
受けたことがない

・今までに麻疹ワクチンを接種した事がありますか　はい：いつ頃　いいえ

嗜好品などについて

・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 （当院は喫煙者の治療をお断りしています）

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（ ）

・運動はされますか はい ・ いいえ

内容: 頻度: 週に 回、月に 回

内容: 頻度: 週に 回、月に 回

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”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 （当院は喫煙者の治療をお断りしています）

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

・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.血液疾患　病名
7.自己免疫疾患　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

・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

・ご親族に不妊の方はおられますか　はい　・　いいえ

どなたが　：

・ご親族で遺伝的疾患をもった方がいますか　はい　・　いいえ

どなたが　：

疾患名　：

当院をなにでお知りになりましたか

主治医から紹介　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

・お子さんは何人希望ですか　　人

・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

〇 当院は医療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
◇ 医療情報取得加算

うつのみや
レディースクリニック