

# 初診申込・問診票

(正確にご記入ください)

ID

ID

20 年 月 日

ふりがな		血液型	生 年 月 日			
氏 名		型	昭・平	年	月	日生
		Rh				( 歳)
現住所	〒 ( - )					
結婚の有無	既婚 未婚 離婚 死別					
自宅 Tel				職 業		
携帯電話				職 種		
ふりがな		血液型	生 年 月 日			
夫 氏 名		型	月	日	生	( 歳)
		Rh				
夫 携帯電話				職業・職種		
夫 住所	同上	〒 ( - )				
親族 氏名				続 柄		
親族で連絡 取れる方	〒 ( - )			携帯電話		
				Tel		
		戸籍	同意書	血圧	体重	身長
						BMI

G P (Sa Ca Aa )

原疾患名 :

治療 :

紹介元 :

医師名 :

連絡先 :

凍結 : 受精卵 個 未受精卵 個

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		

精液検査	結果	日付
量		
数		
運動率		
前進性		
奇形率		
培養		

RBC		
WBC		
PLT		
Hb		

# 外来問診票

あなたの治療を行う上で必要な情報になりますので○または記入にて正確にお答え下さい。  
すべての個人的秘密は厳重に守ります。

今回の受診目的は  相談のみ  受精卵凍結希望  卵子凍結希望

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

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	娩			妊娠中・分娩時の異常の有無
	分娩した週数	性別	体重	
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

今まで不妊治療を受けたことがある方はご記入下さい。(あてはまるものを○で囲みいつ頃か記入して下さい)

	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( 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( 月 ) 人工授精( 回 ) 体外受精( 回 ) 顕微授精( 回 ) 凍結融解胚移植( 回 )

今まで手術を受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  
 子宮頸部円錐切除術  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

月経の周期はどれくらいですか 日 ~ 日 周期

月経の量はどれくらいですか  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

