

問診表(生殖補助医療から)

記入日 20 年 月 日

フリガナ				フリガナ			
妻氏名				夫氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)	生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
職業		国籍 (日本以外の方)		職業		国籍 (日本以外の方)	
体重	kg	身長	cm	体重	kg	身長	cm
喫煙	有 (1 日 本) / 無			喫煙	有 (1 日 本) / 無		

婚姻状況	☐ 法的婚姻関係	婚姻月日 (西暦 年 月 日)
	☐ 事実婚	☐ 住民票が同一 ☐ 住民票が同一になっていない
	☐ 未婚	☐ 入籍予定あり (西暦 年 月 日) ☐ 入籍予定なし

◆ 月経について

最終月経	一番最近の生理について	月 日 ~ 月 日 (日間)
月経周期	生理初日から次の生理までの日数	約 日 から 日
月経何日目	生理初日を一日目として何日目か	本日月経 日目

◆ 赤ちゃんが欲しいと思ってからの期間(避妊していない期間)

20 年 月頃から～ (約 年 カ月)

◆ 当院で希望する診療内容 ※他院治療中で、当院で検査のみ希望の方はお引き受けできかねます

保険診療	☐ よくわからないので相談したい ☐ すぐに体外受精や顕微授精などの ART 治療をしたい(他院での一般治療経験: <u>有/無</u> ART 治療経験: <u>有/無</u>) ☐ 他院にある胚を移送して ART 治療したい
自費診療	☐ 卵子凍結 ☐ PGT(着床前遺伝子検査)を含む ART など、自費の治療 ☐ その他()
聞いておきたい事・希望したい事などあれば記入してください	

◆ どれくらいの期間で結果を出したいと考えていますか？

およそ 年 カ月くらい

◆ 妊娠・出産歴について

妊娠____回 出産____回 流産____回 中絶____回 子宮外妊娠____回 化学妊娠____回 死産____回

年 月 妊娠 / 出産	☐ 自然妊娠 ☐ 治療(病院名:)	☐ 分娩 週(経腔分娩・帝王切開・死産) ☐ 流産 週(胎嚢確認 有 / 無 心拍確認 有 / 無)
年 月 妊娠 / 出産	☐ 自然妊娠 ☐ 治療(病院名:)	☐ 分娩 週(経腔分娩・帝王切開・死産) ☐ 流産 週(胎嚢確認 有 / 無 心拍確認 有 / 無)
年 月 妊娠 / 出産	☐ 自然妊娠 ☐ 治療(病院名:)	☐ 分娩 週(経腔分娩・帝王切開・死産) ☐ 流産 週(胎嚢確認 有 / 無 心拍確認 有 / 無)
年 月 妊娠 / 出産	☐ 自然妊娠 ☐ 治療(病院名:)	☐ 分娩 週(経腔分娩・帝王切開・死産) ☐ 流産 週(胎嚢確認 有 / 無 心拍確認 有 / 無)

◆ 既往歴について

1. 大豆のアレルギーはありますか？	有 / 無	2・4・5・6・7で有と答えた方、詳細をご記入ください
2. お薬のアレルギーはありますか？	有 / 無	
3. アルコールのアレルギーはありますか？	有 / 無	
4. 大きな病気をしたことはありますか？	有 / 無	
5. 婦人科系の病気・手術をしたことはありますか？	有 / 無	
6. 現在治療中の病気はありますか？	有 / 無	
7. 現在服用中のお薬はありますか？	有 / 無	
8. 6で有と答えた方、主治医から妊娠の許可は出ていますか？	有 / 無	

◆ 検査について

検査	検査日	結果
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	年 月 日	
卵管造影検査	年 月 日	
通水検査	年 月 日	
フーナーテスト(性交後試験)	年 月 日	
精液検査	年 月 日	

※ 以下の血液検査については1年以内の紙媒体の結果があれば採用させていただきます。

検査	検査日	結果	治療
クラミジア	年 月 日	— / +	未 / 済
HIV	年 月 日	— / +	未 / 済
HCV(C型肝炎ウイルス)	年 月 日	— / +	未 / 済
HBs(B型肝炎ウイルス)	年 月 日	— / +	未 / 済
梅毒	年 月 日	— / +	未 / 済

◆ 治療歴について

タイミング _____回 人工授精 _____回 採卵 _____回 移植 _____回

治療	病院名	期間
タイミング		年 月 ～ 年 月
人工授精		年 月 ～ 年 月

ART 初回治療計画日	年 月 日	保険移植回数	回済	前医に残っている凍結胚	有 / 無
-------------	-------------	--------	----	-------------	-------

採卵	病院名	年／月	卵巣刺激方法	回収卵子個数	受精卵数	凍結胚個数
1		/			体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()
2		/			体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()
3		/			体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()
4		/			体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()
5		/			体外受精() 顕微授精()	初期胚() 胚盤胞()

移植	年／月	方法	移植胚	移植数	グレード	保険区分	妊娠検査	出産
1	/	新鮮／自然／ホルモン補充	初期胚／胚盤胞			保険／自費	陽性／陰性	有 / 無
2	/	新鮮／自然／ホルモン補充	初期胚／胚盤胞			保険／自費	陽性／陰性	有 / 無
3	/	新鮮／自然／ホルモン補充	初期胚／胚盤胞			保険／自費	陽性／陰性	有 / 無
4	/	新鮮／自然／ホルモン補充	初期胚／胚盤胞			保険／自費	陽性／陰性	有 / 無
5	/	新鮮／自然／ホルモン補充	初期胚／胚盤胞			保険／自費	陽性／陰性	有 / 無
6	/	新鮮／自然／ホルモン補充	初期胚／胚盤胞			保険／自費	陽性／陰性	有 / 無
7	/	新鮮／自然／ホルモン補充	初期胚／胚盤胞			保険／自費	陽性／陰性	有 / 無

検査	検査日	結果
BCE	年 月 日	正常 / 異常
ERpeak	年 月 日	正常 / 異常
子宮内フローラ	年 月 日	正常 / 異常
不育症検査	年 月 日	正常 / 異常
その他()	年 月 日	
その他()	年 月 日	

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。
令和6年12月2日から現行の健康保険証は発行されなくなります。

初診時 医療情報取得加算…1点
再診時 医療情報取得加算…1点(3カ月に1回算定)