

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		
通院方法	徒歩	自転車	バス 電車 車	通院方法	徒歩	自転車	バス 電車 車

※名古屋市に住民登録のある方は公費での麻しん抗体検査及び風しん抗体検査の対象となる場合があります。ご希望の際は受付にお声がけください。
女性の抗体価が低くワクチン接種が必要になった場合、接種後 2 か月避妊する必要があるためご注意ください。

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)

◆ 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
FT4	年 月 日		
TSH	年 月 日		
PRL	年 月 日		
クラミジア IgA	年 月 日	— / +	未 / 済
クラミジア IgG	年 月 日	— / +	
クラミジア PCR	年 月 日	— / +	
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

前医ですでに保険で採卵したことがある方は必要です→ ART 初回治療計画日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注意）記入がない場合当院で保険での採卵ができない可能性があります。
前医の治療計画書を確認し、必ずご記入ください。ない場合は初回採卵の刺激開始日または検査日でも構いません。

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	

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)