

問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型 Rh ( ) 職業 \_\_\_\_\_

【当院受診のきっかけ】 ホームページ・知人の紹介・他院からの紹介・近所・その他 ( )

【月経（生理）について】 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 日間 月経開始 \_\_\_\_\_ 日目  
 普段の月経周期 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日

【当院ではじめにご希望される治療内容】 1.タイミング療法+検査 2.人工授精 (+検査)

3.体外受精・顕微授精 4.プレコンセプション (妊活前) チェック 5.不妊治療以外での治療・相談

【結婚歴】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 未入籍

【妊娠歴】 妊娠 \_\_\_\_\_ 回 分娩 \_\_\_\_\_ 回 流産 \_\_\_\_\_ 回

年・月	妊娠結果 (正常分娩 or 流産)	出生児体重	施設

【既往歴】

過去に大きな病気はありますか (はい・いいえ) 緑内障といわれたところはありますか (はい・いいえ)

アレルギーはありますか (はい・いいえ) 該当する薬剤・食物/症状 \_\_\_\_\_ /

現在治療中の病気はありますか (はい・いいえ)

→病名 (高血圧・不整脈・糖尿病・甲状腺疾患・その他 \_\_\_\_\_)

→その病気の主治医から妊娠の許可はでていますか (はい・いいえ)

現在服用中の薬剤はありますか (はい・いいえ) ( \_\_\_\_\_ )

【治療歴】

タイミング \_\_\_\_\_ 回 人工授精 \_\_\_\_\_ 回 採卵 \_\_\_\_\_ 回 胚移植 \_\_\_\_\_ 回

過去の採卵について (わかる範囲で記入してください)

年・月	治療 (刺激法)	回収卵子数	受精卵数	移植・凍結した胚の数・様子 (例:胚盤胞 3個)	治療施設

過去の胚移植について (わかる範囲で記入してください)

年・月	胚移植の方法 (新鮮/ホルモン補充/自然)	移植胚のグレード	自費 or 保険

その他ご相談事があれば教えてください

ありがとうございました。

問診票

検査結果チェック表【女性用】

術前検査		検査の有無
感染症結果	B型肝炎 (HBs 抗原)	
	C型肝炎 (HCV 抗体)	
	梅毒 (RPR TPHA 2項目)	
	エイズ (HIV)	
AMH		
末梢血液検査		
生化学検査		

基本検査		検査の有無
	甲状腺	
	ABO-Rh (D) 式血液型	
	クラミジア IgA・IgG	
	クラミジア PCR	

検査結果チェック表【男性用】

術前検査		検査の有無
感染症結果	B型肝炎 (HBs 抗原)	
	C型肝炎 (HCV 抗体)	
	梅毒 (RPR TPHA 2項目)	
	エイズ (HIV)	