

問診票

年 月 日

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。

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

マイナ保険証を利用しない場合…加算1（4点）、マイナ保険証を利用した場合…加算2（2点）

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）	