

初診患者様用問診票

この問診票は私どもが皆様の診察をよりよいものにするために大変参考になりますのでご記入よろしくお願ひします。

ふりがな

氏名 (旧姓:) 生年月日 西暦 年 月 日 年齢

住所 〒

連絡先電話番号 (自宅) (携帯番号)

当院からのお電話は (後藤の名前で・クリニック名で) 可能なお時間 () 留守電 (OK・NG)

身長 cm 体重 kg ご職業 ご紹介者

1) 本日はどのような事でご来院されましたか？

2) 月経について

・初めての月経は 歳

・月経周期__月経が始まった日から次の月経が始まるまで

順調・ほぼ順調(日間) 不順(短い月 日間、長い月 日間)

・月経期間__月経が始まってから終わるまで(日間)

・月経量は__ 多い・ふつう・少ない

・月経時の症状__ 頭痛・下腹部痛・腰痛 (痛み止めを使用していますか? はい・いいえ)

・最近の月経は 年 月 日から 日間

・その前の月経は 年 月 日から 日間

3) 結婚・妊娠について

・結婚していますか はい・いいえ 結婚年月日(年 月 日)

・離婚歴はありますか はい(当時 歳)・いいえ

・妊娠されたことはありますか はい・いいえ

①西暦__年__月(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開)__週(男・女 g)(自然・タイミング・人工授精・生殖補助医療)

②西暦__年__月(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開)__週(男・女 g)(自然・タイミング・人工授精・生殖補助医療)

③西暦__年__月(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開)__週(男・女 g)(自然・タイミング・人工授精・生殖補助医療)

④西暦__年__月(流産・中絶・子宮外妊娠・経膈分娩・帝王切開)__週(男・女 g)(自然・タイミング・人工授精・生殖補助医療)

4) 他の病院で不妊治療・検査や不育症治療・検査を診察されたことはありますか? (ある・ない)

・「ある」方は、その病院でどのような説明をうけましたか?

5) 現在、何かお薬を飲んでいますか? (いる・いない)

・お薬を飲んで「いる」場合、お薬の名前がわかればご記入ください。

血液をサラサラにするサプリ(EPAなど)やお薬(抗凝固薬、抗血小板薬、アスピリン、ワーファリン、エパデールSなど)を内服していますか?(している・していない)

・「いる」場合、お薬の名前がわかればご記入ください。

6) これまでにお薬や食べ物で発疹やアレルギー等の副作用の経験はありますか? (ある・ない)

・「ある」場合、どのような症状でしたか。薬の名前(分かれば)、食べ物の種類についてご記入ください。

・局所麻酔剤(抜歯の時に使用するキシロカインなど)で副作用が出たことがありますか? (ある・ない)

7) 以下の診断や治療を受けたことがありますか?

ぜんそく(ある・ない)、高血圧(ある・ない)、糖尿病(ある・ない)、神経・精神疾患(ある・ない)、肝炎(ある・ない)、高脂血症(脂質代謝異常)(ある・ない)

8) 採血や注射をして気分が悪くなったことや倒れたことはありますか? (はい・いいえ)

9) その他の持病や手術を受けたことはありますか? (ある・ない)

・「ある」場合は、疾患名、手術名をご記入ください。

10) 喫煙していますか?

妻(している・していない) 夫(している・していない)

11) ご主人について

夫: 年齢()才 持病や入院をした病気があれば記載してください

・妊娠を希望されてからどのくらいの期間が経過していますか？ _____年_____か月

・今までに受けたことのある検査・治療にをお願いいたします。

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホルモン検査 (検査日 年 月 異常あり・異常なし・未施行) | <input type="checkbox"/> タイミング(回) |
| <input type="checkbox"/> 卵管造影検査 (検査日 年 月 異常あり・異常なし・未施行) | <input type="checkbox"/> 人工授精(回) |
| <input type="checkbox"/> 精液検査 (検査日 年 月 異常あり・異常なし・未施行) | <input type="checkbox"/> 生殖補助医療 |
| <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 (検査日 年 月 異常あり・異常なし・未施行) | (採卵 回・うち保険 回) |
| <input type="checkbox"/> クラミジア検査 (検査日 年 月 異常あり・異常なし・未施行) | (移植 回・うち保険 回) |
| <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 (検査日 年 月 異常あり・異常なし・未施行) | |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸部がん検診 (検査日 年 月 異常あり・異常なし・未施行) | |

■他院にて生殖補助医療を行ったことがある場合は以下もご記入下さい。

不明な場合は、他院にお問い合わせいただくか、下記内容を記載した紹介状を頂いてください。

現在、他院にて保険での生殖補助医療の凍結胚が

残っている 残っていない (どちらかにをお願いいたします)

採卵__回目		採卵・受精について	胚使用方法		胚移植の結果		
自費・ 保険	西暦_____年_____月 誘発方法; ショート法・ロング法・ アンタゴニスト法・クロミッド・自然・ PPOS・その他()	採れた卵子数__個 →体外受精__個して__個受精 →顕微授精__個して__個受精	→新鮮胚移植:	初期胚__個 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産	
			→凍結胚数:	初期胚__個、胚盤胞__個 その他()			
自費・ 保険	採卵で凍結できた胚の 融解胚移植について	移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産	
自費・ 保険			移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産
自費・ 保険			移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産
自費・ 保険			移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産
採卵__回目		採卵・受精について	胚使用方法		胚移植の結果		
自費・ 保険	西暦_____年_____月 誘発方法; ショート法・ロング法・ アンタゴニスト法・クロミッド・自然・ PPOS・その他()	採れた卵子数__個 →体外受精__個して__個受精 →顕微授精__個して__個受精	→新鮮胚移植:	初期胚__個 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産	
			→凍結胚数:	初期胚__個、胚盤胞__個 その他()			
自費・ 保険	採卵で凍結できた胚の 融解胚移植について	移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産	
自費・ 保険			移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産
自費・ 保険			移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産
自費・ 保険			移植日 年 月	移植胚: 初期胚__個	移植胚: 胚盤胞__個	妊娠 (なし・あり)	出産・流産(妊娠 週目) ・子宮外妊娠・中絶・死産

その他; 採卵・移植周期が書ききれない場合は、こちらのページをコピーしてご記入下さい。

ご記入ありがとうございました。受付までお願いいたします。

婚姻関係の同意書

後藤レディースクリニック 院長殿

私たちは貴院において不妊治療を行うにあたり、下記事項を順守することを誓約いたします。

1. 私たちは法的婚姻関係あるいは事実婚関係にあり、当人以外のひととの婚姻関係はありません。
2. 夫婦関係に変更があった場合（離婚、事実婚の解消、事実婚夫婦の婚姻、死亡、行方不明など）には、必ず速やかに貴院へ書面又は来院にて通知し、必要な書類がある場合は提出いたします。
3. 事実婚または婚姻関係を解消した場合、または婚姻関係を認められないとクリニックが判断した場合、不妊治療の継続や凍結保存中の胚や精子の廃棄などの取り扱いについては、貴院の方針に順守いたします。
4. 貴院での不妊治療で妊娠、出産した時については、出生した子を認知した上で、二人で育児、養育など、責任をもって対応します。
5. 貴院での不妊治療において婚姻関係から生じる事態への責任は、貴院は負わないことを承諾します。
6. 貴院から求められた場合には、戸籍謄本などの婚姻関係確認書類を提出いたします。

妻 署名日 西暦 20 年 月 日

氏名（自署）

生年月日（西暦） 年 月 日

住所

夫 署名日 西暦 20 年 月 日

氏名（自署）

生年月日（西暦） 年 月 日

住所

※必ずそれぞれご本人が直筆でご記入ください。

※お二人が同居されておらず、住所が異なる場合は理由をご記入下さい。

（理由： _____ のため）

クリニック記入欄

独身証明書提出 不要 提出済 提出依頼（ 月 日） Ns 印

クリニック記入欄

受取