

ID: _____

女性問診票

※ 該当するものに☑でチェックをお願いします。

初診日： 20 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
RCT ID	(リプロ東京)	夫ID	(当院)
職業		職業	
生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
結婚	☐ 結婚:(西暦) 年 月 ☐ 再婚 ☐ 未婚 ☐ 夫婦別姓 ☐ 事実婚 ☐ 婚約 ☐ 離婚		
連絡先	☐ 携帯番号 — — ☐ 自宅番号 () —		
住所	〒		
※当院からのご連絡の際クリニック専用封筒の使用: 可・不可			
クリニックまでの通院時間 約 時間 分 交通機関 ()			
※ 何をきっかけで来院されましたか? ☐ ブログ() ☐ テレビ ☐ その他()			
※ 当院で希望する診療内容に☑でチェックをお願いします。 ☐ 一般不妊検査 ☐ タイミング法 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精／顕微授精 ☐ 不育症 ☐ オプシオン検査(着床障害関連etc.) ☐ セカンドオピニオン ☐ その他()			

◇ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

◇ 月経について

最終生理: _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

初潮: _____ 歳 生理周期(何日に1回月経がきますか): (_____ ~ _____)日 生理痛: あり・なし

◇ 妊娠を目指したのはいつ頃からですか? (西暦) _____ 年 _____ 月 (避妊期間: _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

◇ 性交経験はありますか? あり・なし → 性行為に支障はありますか? あり・なし◇ 薬剤や食べ物で副作用・アレルギーを経験したことがありますか? ☐はい(下記に記入をお願いします) ☐いいえ※右記に当てはまる方は○をつけてください。 アルコール・ラテックス・大豆・卵・ヒマワリ

その他の薬:
 症状:

◇ 血縁のご家族に下記の病気の方はいますか? _____ |

高血圧 糖尿病 脳梗塞 心筋梗塞 狭心症 肺塞栓症 深部静脈血栓症 癌 肉腫

◇ 喫煙: 1日()本 / なし 飲酒: 週()回 / なし

◇ 職業上、有機溶剤、放射線・放射性物質を使用していますか? はい・いいえ◇ 学校やお仕事などで、ウサギやヒツジを扱ったことはありますか? はい・いいえ◇ 万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか? はい・いいえ◇ ご自身で自己注射(アンプル・バイアル)の作成はできますか? はい・いいえ

※ペン型注射やインスリン注射は除く

◇ 作成した薬剤を自己注射(アンプル・バイアル)できますか? はい・いいえ

アンプル

バイアル

◇ 検査歴

検査	検査日 (西暦)	検査結果
☐ 精液検査		異常なし・異常あり ()
☐ フーナー検査		異常なし・異常あり ()
☐ 子宮鏡検査		異常なし・異常あり ()
☐ 卵管造影 ☐ 通水		異常なし・異常あり ()
☐ クラミジア抗体検査(採血)		異常なし・異常あり ()
☐ クラミジア頸管検査(PCR)		異常なし・異常あり ()
☐ 子宮頸癌検査		異常なし・異常あり ()
☐ 抗精子抗体		異常なし・異常あり ()

◇ 妊娠歴: 妊娠()回 出産()回 流産()回 死産()回 子宮外妊娠()回 化学流産()回 中絶()回

年月(西暦)	妊娠週数	妊娠について	治療・検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ 中絶 妊娠方法: ☐ タイミング ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ 中絶 妊娠方法: ☐ タイミング ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ 中絶 妊娠方法: ☐ タイミング ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ 中絶 妊娠方法: ☐ タイミング ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ 中絶 妊娠方法: ☐ タイミング ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査
年 月		☐ 経腔分娩 ☐ 帝王切開 ☐ 流産 ☐ 死産 ☐ 子宮外妊娠 ☐ 化学流産 ☐ 中絶 妊娠方法: ☐ タイミング ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 男・女 g	☐ 不育治療 ☐ 染色体検査

◇ 治療・手術・投薬歴 ※喘息既往の有無 ☐ なし ☐ あり(詳細は下記枠内にご記載下さい)

年～年(西暦)	疾患名	使用薬剤	病院名
～ 年			
～ 年			
～ 年			
～ 年			
～ 年			

◇ 現在服用中の薬剤およびサプリメント名と量

◇ ご自身で自己注射(アンプル・バイアル)の作成はできますか? はい・いいえ

・DHEA: () mg ・ビタミンD: () IU / () μg ・亜鉛: () mg

◇ 一般不妊治療歴 タイミング: 回 人工授精: 回

◇ ART歴

採卵法: ロング法: 回 ショート法: 回 アンタゴニスト法: 回

低刺激法: 回 自然法: 回 その他: 回

受精法: 体外受精: 回 顕微授精: 回 スプリット法: 回 不明: 回

● 採卵周期: 計 回 (うち、保険採卵 回済) * 最近の5周期分ご記入下さい

年月(西暦)	方法	使用薬剤	採卵数	受精方法	費用	凍結胚数	胚グレード(上位5個)
例) 2016.05	ショート法	クロミッド フェリング	5	☐ 体外受精 ☒ 顕微授精	☐ 保険 ☒ 自費	初期胚 / 胚盤胞 (1 / 3)	①8G1 ②4AA ③3AB ④4BB ⑤
				☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 保険 ☐ 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 保険 ☐ 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 保険 ☐ 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 保険 ☐ 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	
				☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 保険 ☐ 自費	初期胚 / 胚盤胞 (/)	

● 移植周期: 計 回 (うち、保険移植 回済) * 最近の5周期分ご記入下さい

年月(西暦)	方法	使用薬剤	移植数	胚グレード	費用	妊娠判定	HCG値	胎囊数	妊娠転帰
例) 2016.06	☐ 新鮮胚移植 ☒ 凍結胚移植	エストラーナ プセレキア	1	4AA	☐ 保険 ☒ 自費	☒ + ☐ -	130	1	心拍確認後 8週流産
	☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結胚移植				☐ 保険 ☐ 自費	☐ + ☐ -			
	☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結胚移植				☐ 保険 ☐ 自費	☐ + ☐ -			
	☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結胚移植				☐ 保険 ☐ 自費	☐ + ☐ -			
	☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結胚移植				☐ 保険 ☐ 自費	☐ + ☐ -			
◇ ご自身で	☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結胚移植				☐ 保険 ☐ 自費	☐ + ☐ -			