リプロダクションセンター問診票（女性）

　　　　　　　　初診　　　　　年　　　　月　　　　日

カルテＮｏ．　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご主人カルテＮｏ．

ローマ字/　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

English表示　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ご主人お名前

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご主人　西暦　　　　　年　　　月　　　日（　　　）歳

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　（　　　　）歳

ご住所〒　　　　－

ご自宅から当センターまでの所要時間はどれくらいですか？　　　　　　時間　　　　　分

ご職業

職場から当センターまでの所要時間はどれくらいですか？　　　　　　　時間　　　　　分

当センターからご連絡をさせていただくことがあります。

自宅ＴＥＬ（　　　）　　　－　　　　　携帯ＴＥＬ（　　　）　　　－

ご連絡がつく電話番号はどちらですか？　（自宅　・　携帯）（個人名で・病院名で）（留守録　OK　・　NO）

身長　　　ｃｍ　体重　　　　kg　BMI　　　　　血圧　　　／　　mmHg　　血液型　　　（Rh　+・－）

**Ⅰ　あなたの結婚、月経、妊娠、分娩についてお聞きします。**

1. 結婚したのはいつですか　　　西暦　　　　　年　　　月　　（何歳の時　　　　　）
2. 避妊していないが妊娠しない期間　　　　　年　　　カ月
3. 今までに不妊検査をしたことがありますか　（　ある　・　ない　）ある方は下記を記入してください

どんな治療をいつ・どこで行いましたか。

・子宮卵管造影　20　　年　　月　 実施施設（　　　　　　　　　　　　　）結果　(良・普・不)

・精液検査　　　20　　年　　月　 実施施設（　　　　　　　　　　　　　）結果　(良・普・不)

・フ―ナ―検査　20　　年　　月 　実施施設（　　　　　　　　　　　　　）回数　(　　　　回)

・タイミング法　20　　年　　月 　実施施設（　　　　　　　　　　　　　）回数　(　　　　回)

・人工授精　　　20　　年　　月 　実施施設（　　　　　　　　　　　　　）回数　(　　　　回)

・体外受精　　　20　　年　　月 　実施施設（　　　　　　　　　　　　　）回数　(　　　　回)

・顕微授精　　　20　　年　　月 　実施施設（　　　　　　　　　　　　　）回数　(　　　　回)

　　　上記の治療後の妊娠・流産・分娩に関して

　　　　・妊娠（　　　　）回　・流産（　　　　　）回　　・分娩（　　　　　）回

採卵及び移植回数、現在残っている凍結卵数があればご記入ください

　　　採卵　　　　回　　　　移植　　　　　回　　　　凍結卵数　　　　個

1. 今までに妊娠したことがありますか　　　はい　・　いいえ

はいの場合：妊娠（　　）回

妊娠順に内容を詳しく記入してください。

20　　年　　月　：妊娠（　　）週（流産（胎のう確認できた・心拍確認できた）・異常分娩・正常分娩・中絶）

20　　年　　月　：妊娠（　　）週（流産（胎のう確認できた・心拍確認できた）・異常分娩・正常分娩・中絶）

20　　年　　月　：妊娠（　　）週（流産（胎のう確認できた・心拍確認できた）・異常分娩・正常分娩・中絶）

20　　年　　月　：妊娠（　　）週（流産（胎のう確認できた・心拍確認できた）・異常分娩・正常分娩・中絶）

1. 最近の月経について：　順調　・　不順

月経の周期は何日型ですか、また何日間続きますか。　　　　　　　日　～　　　　日型

　　　日続く

最終月経はいつからですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　日～　（　　　）日

**Ⅱ　あなたの既往歴、内服薬、アレルギーについてお聞きします。**

1. 既往歴に関して以下の該当する項目をチェックしてください

（　　　）内に内服中または使用中の薬名を書いてください

□ 特になし

　　　病名 処方されているお薬

□ 呼吸器疾患 （ ） （ ）

□ 甲状腺疾患 （ ） （ ）

□ 循環器疾患 （ ） （ ）

□ 消化器疾患 （ ） （ ）

□ 婦人科疾患　　　 （ ） （ ）

* 糖尿病 （ ） （ ）
* 肝疾患 （ ） （ ）
* うつ病 （ ） （ ）
* パニック症候群 （ ） （ ）
* その他 （ ） （ ）

1. 手術をしたことがありますか。　　　　　　　　はい　・　いいえ

＊はいの方はお答え下さい。

（　　）歳　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　）歳　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

手術の時、麻酔のトラブルはありましたか。　　はい　・　いいえ　　・　　わからない

はいの方はどのようなトラブルですか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在使用中のお薬に関して以下の該当する項目をチェックしてください はい ・ いいえ

＊他院処方のホルモン剤・ステロイドを服用している　　　　　　　　　　　□　　　 □

＊眠剤または抗不安薬を服用している　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　 　□

＊抗凝固剤（血液をサラサラにする薬）を服用している　　　　　　　　　　□　　 　□

＊漢方薬・サプリメントを飲んでいる　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　 　□

＊上記以外の薬を服用している　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　 　□

はいの方はどのような薬ですか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. アレルギーに関して以下の該当する項目をチェックしてください. はい ・ いいえ

＊局所麻酔（歯科麻酔）で何か副作用がありましたか　　　　　　　　　　　□　　　 □

＊抗生剤で何か副作用がありましたか　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　 □

＊消毒薬（ヨード系）で何か副作用がありましたか　　　　　　　　　　　　□　　　 □

＊ホルモン剤で何か副作用がありましたか　　　　　　　　　　　　　　　　□　 　　□

＊ラテックス（ゴム）アレルギーと言われたことはありますか　　　　　　　□　　 　□

＊食物アレルギーはありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　　 　□

　　　はいの方はどのような食物ですか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. あなたの肉親の中に何か病気の方がいますか。（いる　・　いない）いる方は下記を記入してください

　　　がん（乳癌・甲状腺癌・その他　　　　　　　　　）高血圧・糖尿病・遺伝病・その他（　　　　　　　　　）

肉親の方が手術の時、麻酔のトラブルはありましたか。　　はい　・　いいえ

**Ⅲ　子宮頸癌または子宮体癌の検査をしたことがありますか。**　　はい　・　いいえ

（はいの方は下記を記入してください）

　　・子宮頸癌　　検査日　20　　年　　月　　日　　結果（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・子宮体癌　　検査日　20　　年　　月　　日　　結果（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**Ⅳ　『血栓症』と言われたことはありますか。**　　　　　　　　はい　　・　　いいえ

**『抗リン脂質症候群』と言われたことはありますか。**　　　はい　　・　　いいえ

**Ⅴ　喫煙に関して　今までに喫煙したことは**　　　ある　　・　　ない

　　　　　　　 ある方は(吸っていた　・　今も吸う習慣がある　)　　1日当たり(　　　　)本

**Ⅵ　ご主人に関して**　

□ 検査治療をしたことがない

□ 精子が少ない、またはいないと言われた　　　　　□ 精索静脈瘤がある

□ 手術が必要と言われた　　　　　　　　　　　　　□ 特に異常はない

最後にアンケートにご協力お願いします。

当リプロダクションセンターに受診された経緯をおきかせください。

ａ．他院からの紹介

　　 ｂ．パートナーがかかっているから

　　ｃ．家族・友人からの紹介

ｄ．治療施設を自分でさがして

⇒　当リプロダクションセンターを何でお知りになりましたか。（複数回答可）

□ホームページ　　　　　　　□メディア（新聞・雑誌・ＴＶ）

□チラシ・リーフレット　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　ｅ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご協力ありがとうございました。

※**お願い**※

①ご本人以外で連絡がつく番号をご記入下さい。（急な日時変更等で必要な場合があります。）

ご本人以外の連絡先のお名前　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　）

TEL　　　　　　　　　　　　　 （携帯もしくはご自宅）

時間帯\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（個人名で　・　病院名で）

※ご本人が不在の場合、内容をお伝えしてもよろしいですか。　（はい　・　いいえ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（留守録　　OK　・　NO）

②必要時、検査結果等を郵送することがあります。

　郵送先　　（自宅　・　自宅以外）→自宅以外の場合は下記に宛先と宛名をご記入してください。

　　　　　　　　　　　　宛先〒

宛名

　差出人名　（個人名で　・　病院名で）