【東京AMHクリニック銀座】 問診票　初診日　20　　年　　月　　日　カルテ番号　　H：Y・N

ふりがな
御氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢 ＿＿＿ 歳　生年月日　昭和・平成 ＿＿年 ＿＿月 ＿＿日

携帯電話 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿　自宅電話 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

御住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
御主人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢 ＿＿＿ 歳　生年月日　昭和・平成 ＿＿年 ＿＿月 ＿＿日

携帯電話 ＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

Ⅰ．　妊娠をご希望される方に質問をします。

1. 結婚して何年になりますか。　＿＿＿＿ 年 ＿＿＿＿ ヶ月 （ 避妊期間　有・無 ）
   未婚（結婚予定のパートナー　有 ・ 無）
2. 妊娠（赤ちゃん）を希望して、どれくらい経過しますか。　約 ＿＿＿ 年 ＿＿＿ ヶ月
3. 夫婦生活は月に何回くらい行っていますか。一ヶ月に　＿＿～＿＿　回程度
4. 射精障害・勃起不全（ED）はありますか？　（ はい・いいえ ）
5. 現在、基礎体温をつけていますか？　（ はい・いいえ ）　　×AA　D　H
6. 妊娠したことはありますか？（ はい・いいえ ）妊娠 ＿＿ 回 分娩 ＿＿ 回　流産 ＿＿ 回
7. 将来的に、何人のお子さんを御希望されていますか？（ 0～1人・1人・2人・3人以上 ）
8. 子宮頸がん検診を受けたことはありますか？（ ない・ある 20　年　月頃 結果：問題無し・要治療 ）
9. 子宮頸がん検診を本日行ってもよいですか？（ はい・いいえ ）
10. 甲状腺について指摘を受けたことがありますか？（ はい 時期/内容＿＿＿＿＿＿ ・ いいえ ）
11. 薬で問題が生じたことがありますか？（ はい 薬品名＿＿＿＿＿＿＿＿・いいえ ）
12. 食品（エビ・カニ等）で問題が生じたことはありますか？（ はい 食品名＿＿＿＿＿ ・いいえ ）
13. 歯科治療での麻酔薬（キシロカイン等）で問題が生じたことがありますか？（ はい・いいえ ）
14. 手術を受けたことがありますか？（ はい 手術時期／内容＿＿＿＿＿＿ 例 腹腔鏡等・いいえ ）
15. 生理周期についてお尋ねします。周期（例　28～30日等）もご記入ください。

生理開始日	／	／	／	／	／	／
周期（例 28～30日）	日	日	日	日	日	

16. タバコは吸いますか？（ はい 1日＿＿＿本・いいえ ）
17. 血液凝固機能障害（深部静脈血栓症等）と診断されたことがありますか？　（ はい・いいえ ）
18. 飲み薬、健康食品、サプリメント、漢方薬などを服用していますか？　（ はい・いいえ ）
    「はい」の場合、品名をお書きください。（例: 葉酸、ルイボスティー、ローヤルゼリー、CoQ10等）
    薬品名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅱ．　これまでに不妊治療または、不育治療を受けたことがある方に質問をします。

1. 不妊症、または不育症の原因についてどのような説明・治療をされましたか？（複数回答可）
   ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   ☆検査結果・記録媒体（CD・DVD等）・紹介状等をお持ちであれば、問診票と一緒に提出してください。
2. 卵管造影検査の結果は　（ 受けた事がない・両側通過 ・ 片側のみ通過・両側閉鎖 ）
3. ヒューナーテスト（性交後試験）の結果は（ 受けた事がない・精子がいない・少ない・普通 ）
4. 精液検査の結果は　（ 受けた事がない・精子がいない・少ない・普通 ）
5. タイミング治療（内服薬なし）　＿＿＿＿＿＿　周期（回）　HCG注射　＿＿＿ 回
6. クロミフェン・HMG（注射）等での排卵誘発　＿＿＿＿＿＿　周期（回）　HCG注射　＿＿＿ 回
7. 人工授精（ AIHまたはIUI ）＿＿＿＿＿ 周期（回）　HCG注射 ＿＿＿＿＿ 回

裏面にも記載事項があります。

Ⅲ．　体外受精、顕微授精を受けたことがある方は、以下にわかる範囲でお答えください。

採卵について

	20　年 月	施設名	刺激方法	採卵数	受精方法	受精数	その他
例	2019.4	A クリニック	ロング法	5	通常・(顕微)	3	
1					通常・顕微		
2					通常・顕微		
3					通常・顕微		
4					通常・顕微		
5					通常・顕微		

移植について

	20　年 月	施設名	新鮮胚・凍結胚	移植胚	移植数	妊娠判応	その他
例	2019.5	A クリニック	(新鮮胚)・凍結胚	(分割胚)・胚盤胞	1	あり・(なし)	
1			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	
2			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	
3			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	
4			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	
5			新鮮胚・凍結胚	分割卵・胚盤胞		あり・なし	

Ⅳ．　今後の不妊治療に対して、どのような希望がありますか？(複数回答可)。

(1)　検査と今後のことについてのご相談を希望

(2)　排卵やホルモン環境、タイミングを見ながらゆっくりすすめたい。

(3)　人工授精までは早めにすすめたい。

(4)　体外受精・顕微授精を含めて、私達にあった最善の治療をして欲しい。

ご主人の意見どうですか？（ 上記　(1)　　(2)　　(3)　　(4)　　わからない ）

Ⅴ．　当院の個別相談会・ガイダンス・不妊治療セミナー等に参加されたことはありますか？

はい　（ 20　　年　　月　　日　個別相談会・ガイダンス・不妊治療セミナー）　　いいえ

Ⅵ．　当院にメールにて不妊治療に関する質問をしたことがありますか？

はい　（ 20　　年　　月頃 ）　　いいえ

Ⅶ．　当院を知った理由を教えてください。

WEB(検索ワード等)＿＿＿＿＿＿＿＿　雑誌(雑誌名)＿＿＿＿＿＿＿＿　その他＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅷ．　治療に関する御希望があればお書きください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問診票は以上です。ご記入ありがとうございました。受付に提出してください。

ご夫婦で来院された場合は、必ずご一緒に診察室へお入りください。

Height ＿＿＿.＿＿ cm　Weight ＿＿＿.＿＿ kg　BMI＝　　BP=　　/　　Pulse=