海老名レディースクリニック不妊センター問診票

**記入日（西暦） 　 　年　　月　　日**

**フリガナ**

**受診歴の有無**

**第２海老名レディースクリニック　（　　）**

**並木産婦人科クリニック　（　　）**

**並木産婦人科本厚木駅前クリニック（　　）**

**氏名**

**（〒　　　　-　　　　　）**

**住所**

**電話番号（ご自宅）　　　　　　　　　　　　　（携帯電話）**

**生年月日（西暦）　　　　年　　　月　　　日　　　歳　血液型　A B O　RH　+　-（分からなければ結構です）**

**職業**

**１）ご結婚について**

**結婚年月日（西暦　　 　年　　月）当時　　　 　歳**

**離婚歴　（なし・あり⇒　　　　回　当時　　　 　歳　お子様　有・無　）**

**入籍されていない場合（　婚約中・事実婚/同棲中・未婚）**

**２）性生活について**

**避妊期間はありましたか　（なし・あり　　　年　　　ヶ月）**

**避妊方法は　　コンドーム・ピル・その他（　　　　　　　　）**

**現在の性生活は　　1ヶ月の平均性交回数（　　　）回**

**妊娠するように心がけ始めた時期　（西暦　 　年　　月）**

**性生活を営む上で悩まれていることはありますか　（なし・あり）**

**「あり」と選択の方**

**セックスレス・性交痛・腟内射精障害・ED・夫の長期不在や多忙・その他（　　　　　　　　　）**

**３）普段の生理について**

**一番最近の生理はいつでしたか　西暦 年　　　月　　　日から開始　（本日　月経　　　　日目）**

**いつもと同じ量でしたか（はい・いいえ）**

**生理は順調（月経周期）にきますか　（はい　　　　　日周期／いいえ　　　　日～　　　日周期）**

**生理の持続日数はどれくらいですか（　　　日間くらい）**

**生理痛は（全くない・ある・かなり重い）**

**痛み止めは使いますか（使わない・時々・使う）**

**生理の出血量は（少ない・普通・多い）**

**初潮はいつ頃でしたか　（　　　歳）**

**現在基礎体温表はつけていますか　　（はい　西暦 年 月～　　　　・　いいえ）**

**子宮がん検診を受けたことはありますか**

**ない・ある⇒前回の検診は西暦 　 年　　月 結果:問題なし・その他（　　　　　　　　　　　　　　）**

**４）今までの妊娠について　　　妊娠は今まで（　　）回**

**そのうち　　分娩（　　）回／流産（　　）回／人工中絶（　　）回／子宮外妊娠（　　）回／胞状奇胎（　　）回**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年　月** | **週数** | **健否** | **性別** | **出生時体重** | **妊娠・分娩経過** | **病院名** |
| **西暦****年　月　日** | **週** | **健・否** | **男・女** | **g** | **正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産（　　　　　　　　　　　　　　　）** |  |
| **西暦****年　月　日** | **週** | **健・否** | **男・女** | **g** | **正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産****（　　　　　　　　　　　　　　　）** |  |
| **西暦****年　月　日** | **週** | **健・否** | **男・女** | **g** | **正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産****（　　　　　　　　　　　　　　　）** |  |
| **西暦****年　月　日** | **週** | **健・否** | **男・女** | **g** | **正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産****（　　　　　　　　　　　　　　　）** |  |
| **西暦****年　月　日** | **週** | **健・否** | **男・女** | **g** | **正常・吸引・鉗子・帝王切開・流産****（　　　　　　　　　　　　　　　）** |  |

**５）ご家族の中に特別な病気をお持ちの方はいらっしゃいますか**

**いない　・　いる 父（遺伝病・糖尿病・高血圧・ガン・その他：　　　　　　　　　 　　　）**

**母（遺伝病・糖尿病・高血圧・ガン・その他:　　　　　　　　　 　　　）**

**６）ご自身について**

**・現在どちらかの病院にかかっていますか　　なし・あり**

**病名：　　　　　　　　　　　　病院：　　　 　　　 治療中・経過観察**

**病名：　　　　　　　　　　　　病院：　　　　 　　 治療中・経過観察**

**・今までの病気　　なし・あり**

**子宮筋腫　　歳　子宮内膜症　　歳　腺筋症　　歳　卵巣のう腫　　歳**

**喘息　　歳　（気管支喘息・小児喘息・その他・最終発作　　　歳）緑内障　　歳**

**糖尿病　　歳　高血圧　　歳　消化器疾患　　歳　心臓病　　歳　不整脈　　歳　肝臓病　　歳**

**腎臓病　　歳　甲状腺疾患　　歳（機能亢進症・機能低下症）てんかん・けいれん発作　　歳**

**精神疾患　　歳（病名：　　　　　　　　　　　）癌　　歳（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**・手術の経験はありますか　病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳**

**・意識を失ったことはありますか　　なし・あり　　　歳**

**・お薬を内服している場合、薬名をお書きください。サプリメントや漢方薬もあればご記入ください**

**ない・ある　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**・輸血について　　以前輸血を受けたことがありますか　　なし・あり**

**出血多量など緊急時の場合輸血をうけることは可能ですか　　可・不可**

**・Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎・HIV・梅毒の検査で陽性になったことはありますか**

 **ない・ある（　　　　　　　　　　　　　　）⇒ありの方：感染力は（　なし・あり・わからない　　）**

**・アレルギーはありますか ない・ある⇒（薬剤名：　　　　　　食べ物：　　　　　　　その他：　　　　　　）**

**・嗜好品について**

**お酒：飲まない・飲む（毎日・　時々　　１日に　　　　　mlくらい）**

**タバコ：　吸わない・吸う：１日に　　 　　　　本**

**７）当院でご希望される治療は**

**検査のみ　　検査+治療（　タイミング指導　　人工授精　　体外受精　）**

**セカンドオピニオン　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**８）不妊治療の経験はありますか　　　ない・ある　⇒ある方は下記お書きください**

**①ﾀｲﾐﾝｸﾞ療法 ②ｸﾛﾐｯﾄﾞ療法　　　③注射による排卵誘発　　　④高温期hＣＧ注射　　　　 ⑤人工授精**

**⑥体外受精 ⑦顕微授精　　　 ⑧腹腔鏡　　　　　⑨その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　）**

※高度生殖医療をされていた方は別紙問診表がありますのでご記入お願いします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **病院名** | **期間** | **治療内容** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**９）検査や治療に関するご要望、その他、何かございましたら下部にご自由にお書きください。**

**例：他の病院でタイミングは何回か行ったので、人工授精から始めたい。**

**：同居の親に不妊治療を知られたくないので、自宅に連絡などはしないで欲しい。　etc.**

**10）通院出来ない曜日や時間帯がありますか（ない・ある　コメント：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**11）二人目を希望される方にお聞きします**

**当院ではお子様連れは原則としてご遠慮いただいております。お子様を預けて来院することは可能性でしょうか？**

 **（　はい　・　いいえ　）**

**※患者様のご記入は以上になります。**

**<当院スタッフ記入欄>**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査日（西暦） | 検査内容 | 実施 | 備考欄 | 本日希望 |
| 　　　　年　　月　　日 | 健康診断　　　　　　　　　　　　　 | 済　・　未 | 次回結果持参説明（ 済 ・ 未 ） |  |
| 　　　　年　　月　　日 | 感染症（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV） | 済　・　未 | 異常なし・あり |  |
| 　　　　年　　月　　日 | 血液型・RH | 済　・　未 | 証明できるもの（ あり ・ なし ） |  |
| 　　　　年　　月　　日 | AMH（35歳以上・FSH高値実施） | 済　・　未 | 数値： |  |
| 　　　　年　　月　　日 | 抗精子抗体（全員） | 済　・　未 | 異常なし・あり |  |
| 　　　　年　　月　　日 | ビタミンD （3000円） | 済　・　未 |  |  |
| 　　　　年　　月　　日 | 子宮頸がん検診 | 済　・　未 | 異常なし・あり |  |
| 　　　　年　　月　　日 | 風疹抗体検査 | 済　・　未 | 抗体×16以下　・　×32以上ワクチン実施日（　　　年　　月　　日） |  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　年　　月　　日 | クラミジア抗体検査 | 済　・　未 | 異常なし・あり（ 内服治療 済　・ 未 ） |
| 　　　　年　　月　　日 | 甲状腺機能検査(TSH・T3・T4) | 済　・　未 | 異常なし・あり |
| 　　　　年　　月　　日 | CA125 | 済　・　未 | 異常なし・あり |
| 　　　　年　　月　　日 | 卵胞期のホルモン（LH・FSH・E2) | 済　・　未 | 異常なし・あり |
| 　　　　年　　月　　日 | プロラクチン（TRHテスト） | 済　・　未 | 異常なし・あり |
| 　　　　年　　月　　日 | 黄体期のホルモン（P4） | 済　・　未 | 異常なし・あり |
| 　　　　年　　月　　日 | 子宮卵管造影検査 | 済　・　未 | 異常なし・あり（ 卵管閉塞・卵管狭窄・その他 ） |

**夫　検査**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　年　　月　　日 | 感染症（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV） | 済　・　未 | 説明（ 済　・　未 ） | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　年　　月　　日 | 精液検査 | 済　・　未 | 異常なし・あり |  |

**身長（　　　　　）ｃｍ　　体重（　　　　　）ｋｇ　　ＢＭＩ（　　　　　）**

**血圧　　　　／　　　　mmHg　　　脈拍　　　　回／分　　　看護師サイン（　　　　　）**