

医療法人 天の川レディースクリニック
ひらかた院 予診票

ID 番号 _____ 受付日 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

(フリガナ)

氏名 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

郵便番号 _____ 住所 _____

携帯電話 _____ 夫携帯電話 (緊急連絡先) _____

ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型

- 1 来院された目的 (○でお困みください。複数回答可)
一般不妊検査・治療 不育症検査・治療 人工授精 体外受精-胚移植 男性不妊
男女産み分け相談 その他 (_____)
- 2 生理：最終月経 _____ 月 _____ 日より _____ 日間 (普通・多・少)
周期 _____ 日～ _____ 日型 初経 _____ 歳 生理痛 (有・無)
- 3 今までにかかった主な病気：(○でお困みください。)
心臓病・腎臓病・副腎の病気・肝臓病・結核・高血圧・糖尿病・喘息
虫垂炎 ・ てんかん ・ 甲状腺の病気 ・ その他 (_____)
- 4 ご両親やご兄弟で遺伝性の病気、癌等にかかった方はいらっしゃいますか
いいえ はい 続柄 (_____) 病名 (癌 糖尿病 高血圧 その他 _____)
- 5 婦人科の病気： 子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣嚢腫・その他 (_____)
- 6 常用しているお薬 : 無 ・ 有 (_____)
- 7 アレルギー : 無 ・ 有 (_____)
- 8 麻酔経験 : 無 ・ 有 (麻酔した理由: _____)
麻酔時の異常 : 無 ・ 有 (_____)
- 9 造影剤使用経験 : 無 ・ 有 (造影した理由: _____)
使用時の異常 : 無 ・ 有 (_____)
- 10 結婚 (西暦 _____ 年 _____ 月)、離婚、再婚 (西暦 _____ 年 _____ 月)
未婚 (入籍予定: 無・有 _____ 年 _____ 月予定)
- 11 妊娠・出産の有無
・自然流産 無・有 (_____ 回、西暦 _____ 年 _____ 月頃 妊娠 _____ 週)
・人工妊娠中絶 無・有 (_____ 回)
・子宮外妊娠 無・有 (_____ 年 _____ 月、妊娠部位 _____ 卵管摘出 無・有 (右・左)
・出産 無・有 (_____ 回) 子供さんの数 _____ 人健在
- 12 出産の経過 (西暦で記入)
第1回 _____ 年 _____ 月 正常・異常 _____ g (男・女)
第2回 _____ 年 _____ 月 正常・異常 _____ g (男・女)
第3回 _____ 年 _____ 月 正常・異常 _____ g (男・女)
異常の種類：早産 (妊娠 _____ 週)・多量出血 (輸血の有・無)・吸引分娩・妊娠高血圧症候群 (中毒症)
帝王切開 (適応: _____) ・ その他 (_____)
- 13 不妊期間について (避妊されていた方はその期間を除いてお答えください)
5年以上 _____ 2年以上～5年未満 _____ 2年未満 _____
- 14 夫婦生活 (性交渉) の頻度について
(_____ 回) / 週 (_____ 回) / 月
- 15 不妊治療期間について
5年以上 _____ 2年以上～5年未満 _____ 2年未満 _____
- 16 喫煙歴について、タバコは吸われますか？
いいえ はい (_____ 本/日 _____ 歳から喫煙)
- 17 今までに受けた不妊検査について： 無 ・ 有
基礎体温、子宮卵管造影検査、通水または通気検査、ホルモン (内分泌) 検査、精液検査、
性交後検査、子宮鏡検査、腹腔鏡検査、免疫学的検査 (自己抗体・抗精子抗体など)

- 18 今までに受けた一般不妊治療について： 無 ・ 有
 自然周期タイミング法・排卵誘発タイミング法（カミット[®]、セパレット、HMG注射、FSH注射、HCG注射）、
 排卵判定キットの使用、黄体ホルモン補充療法、（デュファストン、ムトール、ヒソソ、プロゲルモン注射）
 黄体ホルモン賦活療法（HCG注射）、漢方薬治療（薬名 _____）、
 免疫療法（ステロイド、アスピリン、ハパリン）、その他（ _____ ）
- 19 今までに受けた不妊治療手術について： 無 ・ 有
 開腹手術（子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮内膜症、その他 _____ ）
 腹腔鏡下手術（子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮内膜症、多嚢胞性卵巣、卵管形成及び周囲癒着剥離）
 子宮鏡下手術（粘膜下筋腫、子宮内膜ポリープ、子宮奇形形成）
 卵管鏡下手術
- 20 今までに受けた高度生殖医療について： 無 ・ 有
 人工授精（ _____ 回）、体外受精—胚移植（ _____ 回）、顕微授精—胚移植（ _____ 回）
 配偶子卵管内移植（GIFT）・接合子卵管内移植（ZIFT）、補助孵化療法、胚凍結融解法
 その他（ _____ ）
- 21 今までの不妊治療で副作用について： 無 ・ 有
 薬品名（ _____ ）
 症状： 蕁麻疹・湿疹・めまい・吐き気・便秘・注射部の炎症
 排卵誘発に伴う治療での副作用
 症状： 卵巣が腫れた・腹水がたまった・入院や点滴治療を要した
 その他（ _____ ）
- 22 当院での治療で将来的に体外受精—胚移植までお考えですか？
 はい いいえ わからない
- 23 当院での検査・治療で特に望まれることはありますか？
 （ _____ ）
- 24 通院可能回数
 月1～2回程度 ・ 週1回程度 ・ 週2回程度 ・ 特定の曜日希望（ _____ 曜日）

以下はご主人に関する質問です。おわかりになる範囲でお答えください。

- 1 ご主人のお名前（ _____ （フリガナ） _____ ）
 生年月日（昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳））
- 2 健康状況（良・不良）、おたふくかぜ（有・無）
- 3 ご主人のご職業（ _____ ）
- 4 ご主人は今までに大きな病気にかかれたことがありますか？
 （病名： _____ 歳のとき）
- 5 ご主人は泌尿器科で不妊治療をお受けになったことがありますか？
 はい いいえ
- 6 ご主人はあなたが不妊治療を受けていることをご存知ですか？
 はい いいえ
- 7 ご主人はあなたの不妊治療に対して理解があり、協力的ですか？
 はい いいえ
- 前回、子宮頸がん検診を受けられたのはいつ頃ですか？
 （西暦 _____ 年 _____ 月頃） 検査結果の異常： 無・有（ _____ ）
- クリニックからお電話にてご連絡させて頂く場合に、クリニックの名前を告げて良いですか？
 （可 ・ 不可）
- 当クリニックでの説明会に参加された事がありますか？ 無・有（一般・体外受精）
- 当クリニックでのカウンセリングを受けられた事がありますか？ 無・有（西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- 交野市の「天の川レディースクリニック」と、医療情報（カルテ）を共有することにご了承いただけますか？ （承諾 ・ 不要）

この用紙はカルテに添付されます。外部に漏れることは一切ございません。