

アクトタワー クリニック 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 _____ ー _____ ー 自宅電話 _____ ー _____ ー

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 _____ ー _____ ー

I. 妊娠をご希望される方に質問をします。

- 結婚して何年になりますか。 _____ 年 _____ ヶ月 ・ 未婚
- 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
- 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
- 射精障害・勃起不全(ED)はありますか？ (はい・いいえ)
- 現在、基礎体温をつけていますか？ (はい・いいえ) ×AA D H
- 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
- 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)
- 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)
- 子宮頸がん検診を本日行ってもよいですか？ (はい・いいえ)
- 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)
- 薬で問題が生じたことがありますか？(はい 薬品名 _____ ・ いいえ)
- 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)
- 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)
- 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)
- 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	日

- タバコは吸いますか？(はい 1日 _____ 本・ いいえ)
- 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)
- 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。

- 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。

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)

ヒューナーテスト(性交後試験)の結果は(受けた事がない・精子がない・少ない・普通)

精液検査の結果は (受けた事がない・精子がない・少ない・普通)

タイミング治療(内服薬なし) _____ 周期(回) HCG 注射 _____ 回

クロミフェン・HMG(注射)等での排卵誘発 _____ 周期(回) HCG 注射 _____ 回

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) 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。
- (2) 保険診療の範囲内での治療をしたい。
- (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. アクトタワークリニックの不妊治療セミナーに参加されたことはありますか？

はい（20 年 月 日） いいえ

Ⅵ. 知っててよかった！赤ちゃんが授かるための不妊治療 40 のヒント（松浦俊樹 著）

を読みましたか？（はい・いいえ）

Ⅶ. 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

Ⅷ. その他、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、必ず一緒に診察室へお入りください。

Height _____ cm Weight _____ kg BMI= BP= / Pulse=