

リプロダクションセンター問診票（女性）

初診 年 月 日

★この問診表は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません★

(ふりがな:)

受診券番号: _____ 氏名: _____

生年月日: 西暦 年 月 日 () 歳 職業: _____ 血液型 Rh (+・-)

住所: 〒 _____

携帯電話番号: _____ 自宅電話番号: _____

*当センターからご連絡することがあります。

夫・パートナーの連絡先

(ふりがな:)

受診券番号: _____ 氏名: _____

生年月日: 西暦 年 月 日 () 歳 職業: _____ 血液型 Rh (+・-)

住所: 〒 _____

携帯電話番号: _____ 自宅電話番号: _____

*当センターからご連絡することがあります。

以下の項目で該当する方に○、空欄には直接ご記入ください。

I 結婚,月経について

- ・ご結婚はいつですか? 西暦 年 月 (何歳の時)
- * 事実婚はお二人が決めた日
- ・月経の周期は何日型ですか? _____ 日 ~ _____ 日型
- ・月経は何日間続きますか? _____ 日続く
- ・最終月経はいつですか? _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日

II 妊娠,出産について

- ・妊娠したことはありますか? (ある ・ ない)
- あると答えた方 妊娠回数 (回)
- 妊娠した順にご記入ください
- ・20 年 月 : 妊娠 (週)
- 妊娠方法: (自然・不妊治療)
- 不妊治療と答えた方→ (タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精)
- 経過: (出産・異所性妊娠・流産・中絶)
- 出産と答えた方→ (正常・吸引・鉗子・帝王切開)
- 流産と答えた方
- 胎嚢は確認できましたか? (はい ・ いいえ)
- 心拍は確認できましたか? (はい ・ いいえ)
- ・20 年 月 : 妊娠 (週)
- 妊娠方法: (自然・不妊治療)
- 不妊治療と答えた方→ (タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精)

経過：(出産・異所性妊娠・流産・中絶)

出産と答えた方→(正常・吸引・鉗子・帝王切開)

流産と答えた方

→胎嚢は確認できましたか？ (はい・いいえ)

心拍は確認できましたか？ (はい・いいえ)

・20 年 月 :妊娠(週)

妊娠方法:(自然・不妊治療)

不妊治療と答えた方→(タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精)

経過：(出産・異所性妊娠・流産・中絶)

出産と答えた方→(正常・吸引・鉗子・帝王切開)

流産と答えた方

→胎嚢は確認できましたか？ (はい・いいえ)

心拍は確認できましたか？ (はい・いいえ)

・20 年 月 :妊娠(週)

妊娠方法:(自然・不妊治療)

不妊治療と答えた方→(タイミング・人工授精・体外受精・顕微授精)

経過：(出産・異所性妊娠・流産・中絶)

出産と答えた方→(正常・吸引・鉗子・帝王切開)

流産と答えた方

→胎嚢は確認できましたか？ (はい・いいえ)

心拍は確認できましたか？ (はい・いいえ)

II 不妊治療について

・妊娠しない期間(避妊期間を除く)はどのくらいですか？ _____ 年 _____ 月

・今までに不妊の検査や治療を受けたことがありますか？ (ある・ない)

あると答えた方は下記をご記入ください(直近の検査日をお答えください。検査日が不明の場合は)

・(ご主人)精液検査 20 年 月 実施施設() 結果(良好・不良)

・子宮卵管造影検査 20 年 月 実施施設() 結果(良好・不良)

・フーナー検査 20 年 月 実施施設() 結果(良好・不良)

・タイミング法 実施施設() 回数(回)

・人工授精 実施施設() 回数(回)

・体外受精 実施施設() 回数(回)

・顕微授精 実施施設() 回数(回)

・胚移植 実施施設() 回数(回)

・他院に残っている凍結胚数 (個)

III 既往歴、内服薬、アレルギーなどについて

・これまでにかかった病気はありますか？ (ある・ない)

あると答えた方は病名をお答えください ()

・これまで手術を受けたことがありますか？ (ある・ない)

あると答えた方は何歳の時にどのような手術をしたかお答えください
(歳)()

・現在使用中の薬はありますか？ (ある・ない)

あると答えた方はお薬名をお答えください ()

・アレルギーはありますか？ (ある・ない)

あると答えた方はアレルギーの詳細をお答えください()

III 子宮頸癌または子宮体癌の検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

はいと答えた方は下記をご記入ください

・子宮頸癌 検査日 20 年 月 日 結果(正常・異常・不明)

・子宮体癌 検査日 20 年 月 日 結果(正常・異常・不明)

Ⅳ 生活習慣について

- 喫煙の習慣はありますか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方：()歳から1日()本
いいえと答えた方
•過去に吸っていましたか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方：()歳から()歳まで1日()本
- 飲酒の習慣はありますか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方：週()日/飲酒の量()

Ⅳ 身長・体重・血圧について

身長：_____ cm 体重：_____ kg 血圧：_____ / _____ mmHg

*測定器はエレベーター向かって左側にあります。測定してご記入ください。

Ⅴ マイナ保険証の利用について

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療を提供に努めています。正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

*医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1：4点、加算2：2点(マイナ保険証を利用した場合)

- 上記、理解しましたか？ (はい・いいえ)
- マイナ保険証(マイナンバーカード)での受診の方にお聞きします。マイナ保険証(マイナンバーカード)による診療情報取得に同意されましたか？ (はい・いいえ)

最後にアンケートにご協力をお願いします

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