



ENA YAMASHITA WOMEN'S CLINIC

ENA 山下ウィメンズクリニック

問診票

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。

*下記太枠項目は必須項目になります。☒ でチェックをお願いします。

初診日 年 月 日 ID

ふりがな		ふりがな	
妻氏名		夫氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)	生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
職業		職業	
住所	〒		
*連絡可能な番号 自宅番号 () - 妻携帯番号 - 夫携帯番号 -			
携帯メールアドレス	@		
クリニックまでの通院時間 約 時間 分 交通機関 ()			
ご紹介者	() ☐ 病院 ☐ 医師 ☐ 知人 ☐ クリニック		

1) 本日はどのようなことで来院されましたか

☐ 不妊の相談 妊娠を希望されてどのくらいの期間が経過していますか 年 ヶ月☐ 体外受精・顕微授精相談 ☐ 不育症・習慣流産の相談 (妊娠するが流産となる等)☐ がん検診 ☐ セカンドオピニオン (不妊治療相談)☐ 婦人科相談☐ 男性不妊外来受診中 ☐ 他院より紹介 ()☐ その他 ()

2) 月経について

・初潮 歳 ・閉経 歳

・最終月経 月 日 ~ 日間

・(その前の月経) 月 日 ~ 日間

・周期 (月経がはじまった日から次の月経があるまで) ☐ 順調 (日周期) ☐ 不順 (日から 日)・月経に伴い右記の症状がありますか ☐ 下腹部痛 ☐ 腰痛 ☐ 頭痛・痛み止めを使用しますか ☐ はい ☐ いいえ

3) 結婚について

☐ 結婚 (西暦 年 月) ☐ 離婚 (西暦 年 月)☐ 再婚 (西暦 年 月) ☐ 未婚 ☐ 未婚 (西暦 年 月結婚予定)

4) 妊娠・出産について教えてください

分娩年月日	性別	週数	出生体重	出産状態	妊娠合併症
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし
西暦 年 月 日	男・女	週	g	正常・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死産	あり・なし

妊娠合併症があった方へ記入をお願いします

・身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 (Rh + -)

・喫煙歴 ☐ なし ☐ あり (_____ 本／日 現在は吸っていない) ・性交渉経験 ☐ あり ☐ なし

・今まで経験された病気や、現在もお持ちの病気はありますか

☐ 特に何もしない

☐ 喘息 (気管支喘息・小児喘息 最終発作 年 月頃 ☐ 吸入器使用した) ☐ 咳喘息

☐ 子宮筋腫 ☐ 子宮内膜症 ☐ 卵巣のう腫 (チョコレートとう腫・デルモイド等) ☐ 腺筋症

☐ がん (_____ (_____)歳の時)

☐ てんかん (内服薬 最終発作 年 月頃)

☐ 糖尿病 (☐ 内科受診中) ☐ 高血圧 (☐ 内科受診中) ☐ 消化器疾患 (_____)

☐ 甲状腺疾患 (機能亢進症 ・機能低下症) ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病

☐ 精神疾患 (_____)

☐ 感染症 (HIV 梅毒 B型肝炎 C型肝炎) ☐ その他 (_____)

・輸血が必要になった場合に輸血を受けることを ☐ 了承する ☐ 了承しない

・手術の経験
主な病気 _____ 手術名 _____ (_____)歳の時

・内服中のお薬やサプリメントはありますか 薬品名 _____

・下記のアレルギーありますか? ☐ なし ☐ あり

「あり」の方 ➡ ☐ ピーナッツアレルギー ☐ 卵アレルギー ☐ 大豆アレルギー ☐ ラテックスアレルギー

・注射や内服薬で副作用・じんましんやかゆみを経験したことはありますか ☐ なし ☐ あり (下記にご記入をお願いします)

注射・薬品名

・喫煙歴 ☐なし ☐あり (本／日 ・ 現在は吸っていない) ・身長 c m 体重 Kg

・病歴 (主な病気 (歳の時)

検査内容		検査日	実施施設	検査結果	
☐	ホルモン検査			異常なし	異常あり
☐	卵管造影			異常なし	異常あり（ 卵管狭窄 ・ 卵管閉塞 ）
☐	通水検査			異常なし	異常あり（ 卵管狭窄 ・ 卵管閉塞 ）
☐	子宮鏡検査			異常なし	異常あり（ポリープ切除 ・ 経過観察中）
☐	精液検査			異常なし	異常あり
☐	ヒューナー検査			異常なし	異常あり
☐	クラミジア検査			異常なし	異常あり（ 内服済み ・ 未治療 ）
☐	子宮頸がん検診			異常なし	異常あり（治療済み ・ 経過観察中）
☐	乳がん検診			異常なし	異常あり（治療済み ・ 経過観察中）
☐	不育症検査			異常なし	異常あり（妊娠後治療必要 あり ・ なし ）
☐	着床に関する検査			内膜蠕動 Th1/Th2 ビタミン D 銅 亜鉛 セルロプラスミン	

□タイミング () 回 最後に施行した日 () 年 () 月)

□人工授精 () 回 最後に施行した日 () 年 () 月)

体外受精を受けられた方にお願ひしています。

下記の記入例を参考に治療歴を記入してください

採卵 1 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
2019 年 3 月	〇〇 クリニック	自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他 ()	10	体外受精 顕微授精 その他	7	初期胚 2 胚盤胞 3	初期胚・胚盤胞 移植せず	せず
2019 年 5 月	〃	1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	1
2019 年 7 月	〃	2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	1 つずつ

体外受精治療歴 採卵回数()回【^{I V F}体外受精()回^{I C S I}顕微授精()回】 胚移植回数()回

採卵 1 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他 ()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 2 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他 ()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 3 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他 ()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
採卵 4 回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 月		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他 ()		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚・胚盤胞 移植せず	
年 月		1 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		2 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		3 回目の移植					初期胚・胚盤胞	
年 月		4 回目の移植					初期胚・胚盤胞	