# 予 診 票 (1)



ふりがな	•							
お名前	•							
	₹							
ご住所	:							
生年月日	S. H.	年	月	日(	電話番 歳 号携帯		ご職業	
身長(		cm)	体重(		2 325 713	告など急なご連絡	が必要な場合もありま	すので
						ば携帯番号のご記	入もお願い致します。	
夫・パ-					电話笛			
ふりがな					7			
お名前	•				夜勤(あり、	なし )	長期出張(あり、	なし )
生年月日	S. H.	年	月	日(	<b>歳病気・手術歴</b> (	なし 、あり	(	))
身長(		cm)	体重(		k タバコ( 吸う	、吸わない)	お酒(飲む、飲	まない )
		簡潔かつ		にご記	入下さい。			
本日	ご来		2 (11 3	,_ ,_ ,				
	<							
下記の該当	áする項目	に○をし	て下さ	い。				
1. 結婚は	されてい	ますか			(はい(S. H. R.	年 月	)、いいえ)	
2. 結婚後	、避妊期間	間はあり	ますか		(ある(ヶ月)	)、ない)		
3. 排卵日	の意識は	あります	<sup>-</sup> か。		(ある、ない)			
4. 1ヶ月	何回くらい	い夫婦生	活があり	ますか	,( 回 )			
5. 夫婦生	活につい	て相談か	<b>ぶありま</b> つ	<b>まか</b> 。	(ある(性交障害	、勃起障害 、	射精障害 )、ない	v )
6. 治療に	ついてご	希望はあ	らりますが	<i>5</i> ۱°.				
A. ある	5 [ 🗆 2	タイミン	グ指導の	み希望				
	🗆	犬況を見る	ながらス	テップ	アップを希望			
		人工授	精 、体络	<b>外受精</b>	、顕微授精 )を希望			
		その他(					)	
B. ない	1							
7. 今まて	に不妊治	療歴はあ	らりますが	ó٬。				
A. ある	(病院名	:			)			
	□内分泌	必検査(	異常あり	・な	し )(ある場合は		)	
	□子宮∮	內管造影(	異常あり	・な	し )(ある場合は		)	
	□精液核	) 查绚	異常あり	・な	し )(ある場合は		)	
	□その化	b検査(	異常あり	・な	し )(ある場合は		)	
	□人工扮	受精 (		回)				
	□体外贸	受精・顕微	敞授精 →	該当す	る場合は予診票(3)も	ご記入下さい。		
	□凍結	<b>融解环</b> 移	植 →	該当す	る場合は予診票(3)も。	ご記入下さい		

B. ない

### 予 診 票 (2)



1. 月経歴

初潮 ( 歳)、最終月経 ( 年 月 日より 日間) 月経周期 (順調、不順)(日型) → 不順の方は、短い時で(日型)、長い時で(日型) 日間)、量(多、中、少) 月経痛( - 、 ± 、 + 、 下腹部痛 、腰痛 、頭痛 、薬を飲むことがある(薬名: ) 月経前に種々の症状がある (下腹部痛、頭痛、いらいら、その他( ))

- 2. 妊娠したことがありますか。(ある・ない)
- 3. 妊娠したことがある方は、全ての妊娠の経過を下の表にご記入下さい。

	生年	月日		週数	自然妊娠	治療周期	人工中絶	自然流産	子宮外妊娠	胞状奇胎	早産	正常分娩	吸引分娩	鉗子分娩	帝王切開	妊娠・分娩時その他の異常	1. 原形日	病院名
1	年	月	H	週													♂·♀	
2	年	月	Н	週													♂·♀	
3	年	月	H	週													♂•♀ [	
4	年	月	Е	週													♂·♀	
5	年	月	Е	週													♂•♀ ૄ	

4. 今までに病気や手術をしたことがありますか。

病気 A. 高血圧 B. 心臓病 C. 腎炎 D. 肺炎 E. 甲状腺疾患 F. 糖尿病

G. 喘息 H. 貧血 I. ( )癌 **J**. その他(

手術 A. 子宮筋腫 B. 子宮外妊娠 C. 卵巣腫瘍 D. 帝王切開 E. 虫垂炎 手術日: S. H. R. 年 月 日 F. その他( )

5. 輸血を受けたことがありますか。 ( はい ( S. H. R. 年 月 ) 、いいえ )

6. 薬や注射でアレルギー反応を示したことがありますか。(ある( )投与時 、いいえ

7. 現在飲んでいる薬はありますか。(ある(薬品: )、いいえ)

8. タバコ(吸う 、吸わない ) お酒(飲む 、飲まない )

9. 子宮頚癌検診を受けたことはありますか。(はい、いいえ)

→はいの方、最終検診日( H. R. 年 月 )、異常( なし 、あり ( )

10. 不妊治療以外で婦人科的に気になることはありますか。あれば具体的にご記入下さい。

11. マイナ保険証による診療情報取得について □同意する

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の提供に努めています 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

加算1 6点 ・加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

## 予 診 票 (3)



体外受精・顕微授精・凍結-融解胚移植を受けたことがある方はこの予診票にもご記入下さい。 過去の治療についてお分かりになる範囲で大丈夫ですのでご記入をお願い致します。

### ①体外受精・顕微授精を受けたことがある方へ

	年/月	卵巣刺激 方法 (排卵誘発)	受精の方法	採卵数	受精 卵数	移植 胚数	凍結 胚数	移植方法	病院名
1 回目	/	□ショート法 □ロング法 □アンタゴニスト法 □自然・クロミッド □低刺激法 □その他 ( )	□体外受精 □体外+顕微授精 □顕微授精					□初期胚 □胚盤胞 □二段階	
2 回目	/	□ショート法 □ロング法 □アンタゴニスト法 □自然・クロミッド □低刺激法 □その他 ( )	□体外受精 □体外+顕微授精 □顕微授精					□初期胚 □胚盤胞 □二段階	
3 回目	/	□ショート法 □ロング法 □アンタゴニスト法 □自然・クロミッド □低刺激法 □その他 ( )	↓□体外受精 □体外+顕微授精 □顕微授精					□初期胚 □胚盤胞 □二段階	
4 回 目	/	□ショート法 □ロング法 □アンタゴニスト法 □自然・クロミッド □低刺激法 □その他 ( )	: □体外受精 □体外+顕微授精 □顕微授精					□初期胚 □胚盤胞 □二段階	

### ②凍結-融解胚移植を受けたことがある方へ

	年/月	移植周期	移植胚数	移植方法	病院名
1 回目	/	□自然 □ホルモン補充 □その他 ( )		□初期胚 □胚盤胞 □二段階	
2 回目	/	□自然 □ホルモン補充 □その他 ( )		□初期胚 □胚盤胞 □二段階	
3 回目	/	□自然 □ホルモン補充 □その他 ( )		□初期胚 □胚盤胞 □二段階	

	生年	月日		週数	自然妊娠	治療周期	人工中絶	自然流産	子宮外妊娠	胞状奇胎	早産	正常分娩	吸引分娩	鉗子分娩	帝王切開	妊娠・分娩時 その他の異常	児所見	病院名
1	年	月	E	週													J • 9	
2	年	月	E	週													♂·♀ g	
3	年	月	E	週													♂·♀ g	
4	年	月	E	週													♂·♀ g	
5																	♂•♀ g	

列1	列12	列2	列3	列4	列5	列6	列7	列8	列9	列1	列1	列1	列1	列114	列115	
No.	生年月日	週数	自然妊娠	治療周期	中	伙	子宮外妊娠	胞状奇胎	早産	正常分娩	吸引分娩	鉗子分娩	王 切	妊娠・分娩 時その他の 異常	児所見	
1	年 月	日 遁													♂•♀	g
2	年 月	日 週													♂•♀	g
3	年 月	日 遁													♂•♀	g
4	年 月	日 週													♂•♀	g
5	年 月	日 遁													♂•♀	g

列116	
病院名	