

# 予 診 表

平成 年 月 日

受診者名 \_\_\_\_\_

下記の空欄を記入し、該当項目に○をつけて下さい。

配偶者名 \_\_\_\_\_

(1) 当院に来院された目的は(複数回答可)

不妊検査、人工授精、体外受精、顕微授精  
その他( \_\_\_\_\_ )

(2) 血のつながる近親者(例えば、祖父、叔父……)に

(a) 癌、高血圧、脳卒中、心臓病、結核、ぜんそく、糖尿病、血液の病気、性病、  
ホルモンの病気、アレルギー性の病気、その他特殊な病気があればその人との続柄、病名、  
健否を記入して下さい。

(例)母方の叔母:子宮癌手術、健在。父方の叔父:胃癌で死亡。

( \_\_\_\_\_ )

(b) 血のつながる方に多胎妊娠(ふたご、みつごなど)がありますか。(ある、ない)

(続柄: \_\_\_\_\_ )

(3) 家族歴について

死亡の場合は死因となった病名を、病気中の場合はその病名を

(a) 実父は( \_\_\_\_\_ )才で(健康、死亡、病氣中) (病名 \_\_\_\_\_ )

(b) 実母は( \_\_\_\_\_ )才で(健康、死亡、病氣中) (病名 \_\_\_\_\_ )

(c) 自分も含めて兄弟姉妹は( \_\_\_\_\_ )人でその中現在( \_\_\_\_\_ )人健在

死亡者があれば死亡年令及び死因を書いて下さい。

( \_\_\_\_\_ )

(4) 既往歴について ○をつけて下さい。

(a) 高血圧、心臓の病気、肝臓の病気、腎臓の病気、膠原病、てんかん、結核、  
アレルギー(じんま疹など)、貧血、血液の病気、性病、ぜんそく、糖尿病、虫垂炎(盲腸)、  
甲状腺疾患、ヘルニア、産婦人科の病気、その他( \_\_\_\_\_ )

(b) 手術を受けたことがある(ある、ない) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

(c) 輸血を受けたことがある(ある、ない) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名 \_\_\_\_\_ 理由 \_\_\_\_\_

(d) 子宮頸癌検診を受けたことがある(ある、ない) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 病院名 \_\_\_\_\_

その結果 \_\_\_\_\_

(5) 結婚について

(a) 結婚(昭和、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才)、血族結婚で(ある、ない)

同居(昭和、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才)

夫は(健康、病氣中:病名 \_\_\_\_\_ ) (現在 \_\_\_\_\_ 才)

(b) 再婚なら(昭和、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才)、血族結婚で(ある、ない)

夫は(健康、病氣中:病名 \_\_\_\_\_ ) (現在 \_\_\_\_\_ 才)

(c) 同居又は結婚後の避妊期間 (有・無)

(裏面にも記入して下さい)

(6) 月経について

- (a) 初めて月経があったのは( )才の春、夏、秋、冬。
- (b) いつも月経は(順調、不順)で(周期 )日毎に(持続 )日間ある。
- (c) 月経の量は(多い、普通、少ない)(パット 枚)、血のかたまりが(ある、ない)
- (d) 月経の前に(下腹痛、腰痛、頭痛、乳房痛、むくみ、その他 )が(ある、ない)
- (e) 月経中に(下腹痛、腰痛、頭痛、乳房痛、むくみ、その他 )が(ある、ない)  
(床につく、薬を飲む、それ程でもない)
- (f) 一番最近の月経は 月 日より 月 日まで。平素と比べて(普通、多い、少ない)  
最近二、三ヶ月の月経を覚えているだけ書いて下さい。  
( )

(7) 過去の妊娠、分娩について

- (a) 妊娠回数( 回)そのうちお産をしたのは( 回)、流産( 回)うち
- |   |          |
|---|----------|
| { | 人工中絶( 回) |
|   | 自然流産( 回) |

(記入例)

1		H18年1月2日	7週	なし	なし	自然流産							〇〇産婦人科
2		H20年8月6日	40週	あり 高血圧 むくみ 蛋白尿	腎盂炎	かん子分娩	分娩後 大出血	男	3200g	あり	生		〇〇産婦人科

	年齢	年月日	妊娠週数	妊娠中の病気		お産	産褥	児				分娩場所	
				中毒症	その他	正常・異常		性別	出生時体重	黄疸	生死		
1		年月日											
2		年月日											
3		年月日											

(8) その他

身長( cm)、体重(kg):測定時期( )  
 血液型( 型 Rh )←証明可能な物を持参できますか?( はい・いいえ )  
例) 献血手帳・献血カード、他院での検査結果、子どもさんの母子手帳  
 妊娠前にした方が良い検査として風疹と梅毒があります。過去に検査を受けたことがありますか?  
 ① 風疹: ある(抗体価 倍)・ない      ②梅毒: ある( - / + )・ない  
 煙草:吸う(1日 本)、吸わない。 飲酒:のむ、のまない。  
 常に薬を飲んでいる(常用薬名 )

(9) ピリン疹、ペニシリンショック、抗生物質アレルギー、その他

薬や注射に特異体質がある。(薬品名 )、ない。

(10) 当院を何でお知りになりましたか?

- 医師紹介    公的機関紹介    当院の患者様紹介( 様)    その他知人紹介
- 当院HP    子宝ネット    赤星ネット    不妊治療情報センター    その他のサイト(サイト名: )
- 雑誌・本( )    当院主催の説明会・講演会(  ART説明会/ Fine講演会/ その他 )
- その他( )

<治療歴のある方のみ記入して下さい>

\* 不妊検査について

血液検査	有・無	年 月 結果( )
精液検査	有・無	年 月 結果( )
フーナーテスト	有・無	年 月 結果( )
卵管通水検査	有・無	年 月 結果( )
卵管造影検査	有・無	年 月 結果( )
その他	有・無	年 月 結果( )

\* 不妊治療について ( )内に記入、または当てはまる項目に○をして下さい。

治療	内容	
排卵誘発 (有・無)	排卵誘発剤 内服(有・無) 年 月～ 年 月 注射(有・無) 年 月～ 年 月 高温期内服薬 (有・無) 年 月～ 年 月 その他( )	
人工授精 (有・無)	( )回 年 月～ 年 月	
体外受精 顕微授精 (有・無)	① 年 月(体外受精・顕微授精) 点鼻薬(有・無) (ショート法・ロング法・アンタゴニスト法) 採卵数 ( )個 胚移植数( )個(分割期胚・胚盤胞) 凍結(有・無)	② 年 月(体外受精・顕微授精) 点鼻薬(有・無) (ショート法・ロング法・アンタゴニスト法) 採卵数 ( )個 胚移植数( )個(分割期胚・胚盤胞) 凍結(有・無)
	③ 年 月(体外受精・顕微授精) 点鼻薬(有・無) (ショート法・ロング法・アンタゴニスト法) 採卵数 ( )個 胚移植数( )個(分割期胚・胚盤胞) 凍結(有・無)	④ 年 月(体外受精・顕微授精) 点鼻薬(有・無) (ショート法・ロング法・アンタゴニスト法) 採卵数 ( )個 胚移植数( )個(分割期胚・胚盤胞) 凍結(有・無)
	⑤ 年 月(体外受精・顕微授精) 点鼻薬(有・無) (ショート法・ロング法・アンタゴニスト法) 採卵数 ( )個 胚移植数( )個(分割期胚・胚盤胞) 凍結(有・無)	⑥ 年 月(体外受精・顕微授精) 点鼻薬(有・無) (ショート法・ロング法・アンタゴニスト法) 採卵数 ( )個 胚移植数( )個(分割期胚・胚盤胞) 凍結(有・無)
凍結胚移植 (有・無)	① 年 月 ( )個(分割期胚・胚盤胞) ② 年 月 ( )個(分割期胚・胚盤胞) ③ 年 月 ( )個(分割期胚・胚盤胞) ④ 年 月 ( )個(分割期胚・胚盤胞)	
その他		