

レディース鍼灸*子陵 問診票

記入年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		頭文字	男	年	昭 和	年	月	日生 () 歳
氏名			・ 女	令	平 成			
住所	〒	電話						
身長	cm	体重	kg	BMI値				

あてはまるものに○印をつけてください。

1. ご結婚されたのはいつごろでしたか。

- ・半年前 ・1年前 ・1年半前 ・2年前 ・約3年前
- ・約4年前 ・約5年前 ・それ以上 (_____ 年前)

2. 月経についてお尋ねします。

- ①初潮は何才の時にありましたか。 (_____ 才) のとき
- ②月経は順調にありますか。 順調 / 不調
- ③月経は何日型で、何日続きますか。 (_____ 日型) で (_____ 日間) 続く
- ④最近の月経はいつから始まりましたか。 (_____ 月 _____ 日より _____ 日間)
- ⑤月経の量はどのくらいだと感じますか。 多 / 中 / 少
- ⑥月経の中に血塊 (かたまり) がありますか。 はい / いいえ
- ⑦月経のとき、痛みますか。 はい / いいえ
- ⑧月経前に胸は張りますか。 はい / いいえ

3. 帯下 (おりもの) についてお尋ねします。(該当項目がある場合のみご回答ください)

- ①排卵前に帯下は出ますか。 はい / いいえ
- ②色がいつもと違う場合、何色ですか。 白いヨーグルト状 / 黄色 / 緑色 / 膿色 / 茶褐色
- ③性状がいつもと違う場合、どのような状態ですか。 流れるように出る / においがある / 痛みがある / かゆみがある

4. 妊娠歴についてお尋ねします。

- ①避妊期間はありますか。 ない / ある (_____ 年 _____ 月) ~ (_____ 年 _____ 月) の (_____ 年 _____ 月)
- ②妊娠を希望してからの期間はどれくらいですか。 (_____ 年 _____ 月)
- ③妊娠されたことはありますか。 はい (_____ 回) / いいえ

5. 過去の妊娠についてお尋ねします。（5で③に『はい』を選択された方のみご記入ください）

回数	年月	妊娠経過	児の性別・体重	病院名
1	年 月	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶（ 週） <input type="checkbox"/> 死産（ 週） <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた）（ 週） <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠（ 週）	男・女・不明 週 g	
2	年 月	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶（ 週） <input type="checkbox"/> 死産（ 週） <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた）（ 週） <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠（ 週）	男・女・不明 週 g	
3	年 月	<input type="checkbox"/> 分娩（経膈・帝王切開） <input type="checkbox"/> 中絶（ 週） <input type="checkbox"/> 死産（ 週） <input type="checkbox"/> 流産（妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた）（ 週） <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠（ 週）	男・女・不明 週 g	

6. お仕事をされていますか。

なし あり 勤務時間（ 時～ 時）（常勤・パート：職種）

7. 今まで受けたことのある不妊検査があれば記入してください。

検査項目	結果	施行年月日	月経周期	検査病院名	コメント
FSH	mIU	年 月 日	日		
LH	mIU	年 月 日	日		
エストロゲン / E2	pg	年 月 日	日		
プロゲステロン / P4	pg	年 月 日	日		
採血 プロラクチン	mIU	年 月 日	日		
AMH	ng/pmol	年 月 日	—		
CA125	U	年 月 日	—		
甲状腺機能	正常・異常	年 月 日	—		
不育症検査	正常・異常	年 月 日	—		
抗精子抗体	—・+	年 月 日	—		
クラミジア	—・+	年 月 日	—		
腹腔鏡・子宮鏡		年 月 日	—		

8. 今まで受けた不妊検査についてお尋ねします。

①卵管造影検査（または通水検査）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、検査結果について記入してください。

右：（正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他（ ））

左：（正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他（ ））

②ご主人の精液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、検査結果（一番良好なデータ）について記入してください。

精液量（ ml） 濃度（ 万/ml） 運動率（ %） 奇形率（ ）
（ 正常 / 異常 ）

③ヒューナーテスト（性行後検査）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、検査結果（一番良好なデータ）について記入してください。

（ 良好 / やや不良 / 不良 / その他（ ） ）

④ タイミング療法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、回数等について記入してください。

自然周期によるタイミング (回) 最後に施行した日 (年 月 日)

卵巣刺激周期によるタイミング (回) 最後に施行した日 (年 月 日)

⑤ 人工授精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、回数等について記入してください。

自然周期による人工授精 (回) 最後に施行した日 (年 月 日)

卵巣刺激周期による人工授精 (回) 最後に施行した日 (年 月 日)

⑥ 体外受精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、下の表に記入してください。

<< A 排卵誘発 B 受精方法 C 移植方法は以下から適切なものを選び番号を記入してください (わかる範囲で結構です) >>

A:	[A1] 完全自然	[A2] クロミッド・セロフェンのみ	[A3] hMG / rFSH (+クロミフェン)
B:	[B1] 通常のIVF	[B2] 顕微授精 (ICSI)	[B3] レスキューICSI
C:	[C1] 完全自然移植	[C2] 低刺激移植	[C3] ホルモン調整 (補充) 移植

● 採卵

	採卵年月日	A 排卵誘発	hCG使用 の有無	採卵数	受精数	胚盤胞数	移植可能 胚数	B 受精方法	実施病院名
例	2009年 11月	A3		5個	4個	3個	3個	B1	
1									
2									
3									
4									
5									

● 移植

	胚移植年月日	C 移植方法	移植胚数	新鮮胚 凍結胚	アシテッド ハッチング	SEET法	移植後の hCG値	妊娠の 有無	実施病院名
例	2009年 12月	C1	1個	(新)・凍	無・(有)	(無)・有	10.3 ng	(無)・有	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									

9. 今までかかった主な病気、受けた手術、健康状態についてお尋ねします。

①今まで病気や手術をしたことがありますか。

はい / いいえ

『はい』と答えた方は、下記もご記入ください。

● 病気

高血圧 (才) 糖尿病 (才) 心臓病 (才) 肝臓病 (才)
腎臓病 (才) ぜんそく (才) 甲状腺機能障害 (才) 結核 (才)
精神病 (才) その他 (才)

● 手術

卵巣 (才) 子宮筋腫 (才) 子宮外妊娠 (才) 盲腸 (才)
帝王切開 (才) その他 (才)

②喫煙の習慣はありますか。

はい (1日 本位を 才頃から) / いいえ

③飲酒の習慣はありますか。

はい (日に1回位 を ml位) / いいえ

④現在飲んでいる薬がありますか。

はい () / いいえ

10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- ①雑誌 ()
②インターネット ()
③知人の紹介 ()
④その他 ()