記入年月日:

レディース鍼灸*子陵 問診票

							Ē	記入	.年月日:	丘	F	月	В
フリガナ				頭文字	男	<u></u>		_					
氏名					· 女	年令		和 成	年	月	日生	()歳
住所	₹			電話									
身長	cm	体重	kg	BMI{i	直								
あては	まるものに○印をつ	けてください) °										
1.	ご結婚されたのはし	ハつごろでし	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	寸)							
2.	月経についてお尋れ	a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	こありますか	0			順調	周	/	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	ŋ	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)がありますた	ງາຸ		はし	۸	/	いいえ				
	⑦月経のとき、		•			はし	۸	/	いいえ				
	⑧月経前に胸に					はし	۱ر	/	いいえ				
3.	帯下(おりもの)に	こついてお尋:	ねします。(該当	項目がま	5る:	場合	う う の i	みご	回答ください)				
	①排卵部2====================================		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						,				

①排卵前に帯下は出ますか。

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 ヶ月)

②妊娠を希望してからの期間はどれくらいですか。 (年 ヶ月)

③妊娠されたことはありますか。 はい(回)/いいえ

							. ن 1 م
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	ください)	

回数	年月		妊娠経過		児の性別・体重	病院名
			□ 分娩(経膣・帝王切開) □ 中絶(週) □ 死産(週	男・女・不明	
1	年	月	□ 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた) (退	围)	週	
			□ 子宮外妊娠(週)		g	
			□ 分娩(経膣・帝王切開) □ 中絶(週) □ 死産(週	男・女・不明	
2	年	月	□ 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた) (退	圕)	週	
			□ 子宮外妊娠(週)		g	
			□ 分娩(経膣・帝王切開) □ 中絶(週) □ 死産(週	男・女・不明	
3	年	月	□ 流産(妊娠反応のみ・胎嚢のみ・胎児心拍が見えた) (退	围)	週	
			□ 子宮外妊娠(週)		g	

6.	お仕事	事をさ	カて	いま	すか
•			'I C C	v · 0	<i>311</i> 0

	□ あり	勤務時間(時~	二	(常勤・パ-	_	職種	1
1 1 1 1 1 1 1 1 1	רי כשו	事川/分(10寸1日) (□\ ~	DT /	し 串動・ハコ	- r .	期2.7里	

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	18	月経周期	検査病院名	コメント
	FSH	mIU	年	月	日目		
	LH	mIU	年	月	日目		
	エストロゲン / E2	pg	年	月	日目		
	プロゲステロン / P4	pg	年	月	日目		
採	プロラクチン	mIU	年	月	日目		
血	AMH	ng/pmol	年	月	_		
	CAI25	U	年	月	_		
	甲状腺機能	正常・異常	年	月	_		
	不育症検査	正常・異常	年	月	_		
	抗精子抗体	- · +	年	月	_		
	クラミジア	- · +	年	月	_		
腹			年	月	_		

0	- 今士 本本 1	たてば始め		アゼヨカ	・キオ
0	・フまじせい	た不妊検査	こ ノい	この発は	しあり。

で支げた个女侠目についての祭ねしより。			
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、回数等について記え	ししてください	N _o					
自然周期によるタイミング(□)	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(□)	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	۱ ₀		はい	/	いいえ		
『はい』と答えた方は、回数等について記え	ししてください	N _o					
自然周期による人工授精(□)	最後に施行した日	(年		月	日)
卵巣刺激周期による人工授精(□)	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	N _o		はい	/	いいえ		
『はい』と答えた方は、下の表に記入してく	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	Α	hCG使用	採卵数	受精数	胚盤胞数	移植可能	В	実施病院名
			排卵誘発	の有無				胚数	受精方法	
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	目	С	移植胚数	新鮮胚	アシステット゛	SEET法	移植後の	妊娠の	実施病院名
			移植方法		凍結胚	ハッチンク゛		hCG値	有無	
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.	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							
	● 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(
	● 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(
	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 <i>え</i>
	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	()			