

婦人科問診票

カルテID：

記入日： 年 月 日

基本情報	フリガナ	生年月日：S・H 年 月 日 (歳)
	氏名：	(旧姓：)
	(〒 -) 住所：	
	電話番号： - -	職業：
	ご結婚はされていますか？ <input type="checkbox"/> 入籍済み (入籍日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 事実婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
	(妻： 初婚 ・ 再婚) (夫： 初婚 ・ 再婚)	
夫/パートナー	フリガナ	生年月日： S・H 年 月 日 (歳)
	氏名：	
	電話番号： - -	
	職業：	<input type="checkbox"/> 単身赴任中 <input type="checkbox"/> 夜勤あり
	夫/パートナーとは <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	別居の場合 (〒 -) 住所：	
来院目的	①タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)	
	②病気や手術をしたことがありますか？ (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療 (<input type="checkbox"/> 排卵のタイミング診察+指導 ・ <input type="checkbox"/> 人工授精)	
	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療 (いわゆる体外受精)	
	<input type="checkbox"/> 転院 (転院目的 <input type="checkbox"/> 排卵タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精)	
	<input type="checkbox"/> 相談のみ希望 (1人/5,500円 2人/7,700円)	
生活習慣	①夫/パートナーは不妊治療に同意していますか？ (はい ・ いいえ ・ まだ伝えていない)	
	②当院では必要最低限の自費検査をご案内しています。 (経済不安はない ・ 必要であれば費用は用意できる ・ 数万円以上の検査・治療は難しい)	
	①身長 (cm) 体重 (kg) <input type="checkbox"/> 過去短期間に大幅な体重増減したことがある	
	②現在飲んでいるサプリメントはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	③アルコールは飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (機会飲酒 ・ 週数回 ・ 毎日)	
	④たばこは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)	
妊娠活動	①性交をしたことはありますか？ (あり ・ なし)	
	②妊娠活動時期はいつからですか？ (年 月 日頃から)	
	③夫婦生活について教えてください。 (だいたい月 回 ・ 数か月に1回かそれ以下 ・ 性交障害で行えない・シリンジ法)	
検診	①子宮頸がん検査を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月) 結果 (異常なし ・ 異形成 ・ その他)	
	②いままで婦人科の内診を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

体外受精治療歴シート

	病院名	採卵or移植	媒精方法	採卵数・凍結数	内膜調整	妊娠判定
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他
年 月		<input type="checkbox"/> 採卵のみ <input type="checkbox"/> 採卵+新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植	<input type="checkbox"/> 顕微授精なし <input type="checkbox"/> 顕微授精あり (全部・一部)	採卵 (個) 凍結 (個)	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> ホルモン周期 <input type="checkbox"/> 自然周期移植	<input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 判定のみ陽性 <input type="checkbox"/> 流産 (週) <input type="checkbox"/> その他