



来院日 年 月 日

拳児希望問診票

はなおかIVFクリニック品川

- ・個人情報は当院が診療に必要な用途以外には使いません
- ・緊急時などにどうしてもご連絡が必要な場合もありますので、正確にご記入ください
- 当院で人工授精・体外受精を行う場合、戸籍謄本を提示していただきますのでご協力をお願い申し上げます。

妻	ふりがな		携帯番号	
	お名前		携帯メールアドレス	
			生年月日	年 月 日
			血液型	型 Rh ( プラス ・ マイナス )
ご年齢	才	勤務先・地域	会社名等： 所在地： 市・区・町・村	
夫	ふりがな		携帯番号	
	お名前		携帯メールアドレス	
			生年月日	年 月 日
			血液型	型 Rh ( プラス ・ マイナス )
ご年齢	才	勤務先・地域	会社名等： 所在地： 市・区・町・村	
ご住所	〒			
	自宅電話番号 【 】			
	自宅メールアドレス 【 】			

子宮がん検査：【最終 年 月 (結果：正常・異常 )】 検査歴なし

不妊歴： 年 ヶ月 結婚年月日： 年 月 (結婚して 年)

風疹抗体はついていますか？ (はい：ワクチン接種 年 月) ・ いいえ ・ 不明

身長： cm 体重 kg

【月経歴】

一番最近の月経	年 月 日から 日間
初経年齢	才頃
月経周期	日 (順 ・ 不順)
	【早いとき・遅いとき】 ( ) から ( )
月経血量	(少 ・ 普通 ・ 多)
月経痛	(なし ・ 軽度 ・ 痛 ・ 激痛)

【妊娠歴】

妊娠歴	(無 ・ 有)							
	妊娠 回	分娩 回	流産 回	中絶 回				
妊娠経過	年 月 日	正常分娩・異常分娩	理由 ( )	流産 週	手術あり・なし			
	年 月 日	正常分娩・異常分娩	理由 ( )	流産 週	手術あり・なし			
	年 月 日	正常分娩・異常分娩	理由 ( )	流産 週	手術あり・なし			
	年 月 日	正常分娩・異常分娩	理由 ( )	流産 週	手術あり・なし			
	年 月 日	正常分娩・異常分娩	理由 ( )	流産 週	手術あり・なし			

## 【既往歴】

婦人科の既往歴	病名	( )		
	手術内容	( )	( 年 月 日)	
婦人科以外の既往歴	糖尿病	【無 ・ 有 ( )】		
	甲状腺疾患	【無 ・ 有 ( )】		
	膠原病疾患	【無 ・ 有 ( )】		
	高血圧	【無 ・ 有 ( )】		
	喘息	【無 ・ 有 ( )】		
	緑内障	【無 ・ 有 ( )】		
	アレルギー	【無 ・ 有 ( )】		
	血栓症	【無 ・ 有 ( ) 家族にあり】		
現在治療中の疾患	【 ( ) 】			
感染症の既往歴	無			
	有	【クラミジア ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV ・ その他 ( )】		
喫煙の習慣	無 ・ 有			
飲酒の習慣	無 ・ 有			

## 【不妊検査歴】

(プラセンタ・ビタミン注射のみの方はご記入頂かなくて結構です。)

不妊検査歴	(有 ・ 無)						
検査内容	通水・通気・造影	【異常なし・異常あり(内容: ( ))】					
	精液検査	【異常なし・異常あり(内容: ( ))】					
	腹腔鏡検査	【異常なし・異常あり(内容: ( ))】					
	ホルモン検査	【異常なし・異常あり(内容: ( ))】					
	フーナーテスト	【異常なし・異常あり(内容: ( ))】					
異常といわれた内容を詳しくおわかりになれば以下へ							

## 【不妊治療歴】

(プラセンタ・ビタミン注射のみの方はご記入頂かなくて結構です。)

不妊治療歴	タイミング療法	( 回)						
	AIH(人工授精)	( 回)						
	誘発方法	クロミッド	回	セキシピッド	回	hMG	回	
	体外受精	I VF	採卵	回	新鮮胚移植	回	凍結解凍移植	回
		I CS I	採卵	回	新鮮胚移植	回	凍結解凍移植	回
	体外受精の詳細	<input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれるが着床しない <input type="checkbox"/> 良好胚がよくとれない <input type="checkbox"/> 採卵しても卵子が入ってないことが多い <input type="checkbox"/> 移植しても着床しない <input type="checkbox"/> 胚盤胞まで育ちにくい <input type="checkbox"/> 受精しにくい						

ご希望の治療にチェックしてください。

タイミング法

人工授精

体外受精

当院の体外受精勉強会参加済

お好きなことをお書きください。

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？		
<input type="checkbox"/>	医師からの紹介	【病院名 ( )】
<input type="checkbox"/>	友人からの紹介	【紹介者 ( ) 間柄 ( )】
<input type="checkbox"/>	雑誌	【赤ちゃんが欲しい・ジネコ・その他雑誌 ( )】
<input type="checkbox"/>	HP	【キーワード検索・不妊関連サイト・事前にメール相談済( 月頃)】