

生殖医療（リプロダクション外来・不妊治療）初診時間診票

ID（ ） 氏名（ ） 年齢（ ）

一般問診票と重複する項目がありますが、ご記入をお願いします。

1. これまでの妊娠について

 今まで妊娠したことはない ある→妊娠（ ）回、流産（ ）回、出産（ ）回、子宮外妊娠（ ）回

2. 不妊期間（避妊せず、妊娠しようと思っからの期間）について

不妊期間はどのくらいですか？（ 年 月）

避妊期間： 特にない ある（ 年 月から 年 月）

3. 結婚に関して

現在は 結婚している その他（ ）

結婚は？（ 年 月、 歳のとき），夫（パートナー）の現在の年齢は（ ）歳

4. 月経について

① はじめての月経は何歳の時でしたか？：（ ）歳

② 一番最近の月経はいつから始まりましたか？： 年 月 日から 日間

③ 最近数ヶ月間の月経が始まった日を記載してください

（ 月 日、 月 日、 月 日、 月 日）

④ 月経周期： おおむね順調（7日以内の変動は許容範囲としてください） 不順（ 2ヶ月に1度程度 年に数回程度 薬を飲まないとも月経こない）⑤ 普段の月経の量は？： 少ない 普通 多い 血のかたまりがでる⑥ 月経時に痛みは？： ない ある（内服するほどではない） 痛み止めを内服している5. 他院での不妊症治療経験 なし 有り（検査・治療経験がある方は裏面にご記入ください）

6. 今までの病気や手術、内服しているお薬について（例： 25歳 盲腸手術 など）

7. 当院への通院方法、通院時間は？

 自家用車（ 分） 公共交通機関（ 分） 徒歩（ 分）8. 職業について： 専業主婦 働いている（具体的に： ）

勤務時間は [平日： 時から 時まで] [土曜： 時から 時まで]

勤務日の通院は 容易 週末しか来られない 通院に制限がある（具体的にお聞かせください）

仕事内容、通院可能な時間帯、通院手段などは治療を提案・選択する上で重要な情報ですので、なるべく具体的にお聞かせください。

<<< 裏面に続く >>>

☆当院で治療をはじめる前に、生殖医療（=不妊治療）について以下のポイントをご理解願います。

1. 日本では保険の範囲（保険診療）では行えない検査、できない治療がたくさんあります。
2. 保険の範囲で行える検査には、ひと月あたりの回数制限があります。

☆当院では、生殖医療専門のクリニックとして、次のような考え方で治療を行っています。

1. 全ての患者さんに「最小限」ですが自費となる検査、治療を提案しています。
2. ご夫婦の検査結果、治療経過、年齢などを考慮し、自費診療を取り入れた「より効果的な治療」を提案することがあります。
3. 状況によって必要な方には、最初から体外受精（全額自費）を提案することもあります。

☆医師から十分な説明をこころがけています。そして、患者さんご夫婦の判断を元に、治療方法を選択していただきますので、治療方針、治療費などで気になること、ご希望があればご記入ください
()

体外受精などには補助制度がありますので、詳しくはスタッフにお問い合わせください。

他院での治療経験（これまでに不妊に関する検査・治療）がある方は以下にご記入ください。

① 受診されていた病院名と期間をご記入ください

- (1) 病院名 () 期間：(年 月～ 年 月)
 (2) 病院名 () 期間：(年 月～ 年 月)

② これまで受けられた検査について

検査名	検査時期	検査結果	コメント
子宮卵管造影	年 月頃	異常なし・異常あり	
精液検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
ホルモン（血液）検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
クラミジア検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
腹腔鏡検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
染色体検査	年 月頃	異常なし・異常あり	
その他 ()			

③ 受診した医師から不妊症、または不育症の原因についてどのように説明を受けましたか？

④ これまでに受けられた治療について

- タイミング療法：() 回 : 自然周期、排卵誘発（内服薬、注射）
 人工授精：() 回 : 自然周期、排卵誘発（内服薬、注射）
 体外受精：採卵 () 回、胚移植 () 回
 顕微授精：採卵 () 回、胚移植 () 回
 凍結融解胚移植：() 回
 その他 ()