

初診患者様用問診票

ID No. _____
 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人様

ふりがな _____

お名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型 RH () _____ 国籍 _____

ご職業 _____ 過去のご職業 _____ 勤務地 _____

ご住所 〒 _____

TEL _____ 携帯TEL _____

ご主人様 (パートナーの方)

ふりがな _____

お名前 _____ 生年月日 S・H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

ご職業 _____ 国籍 _____ 携帯TEL _____

緊急連絡先 (ご自身以外 ご主人様/ご両親様など)

1. お名前 _____ (関係 _____) TEL _____ (携帯・職場・ _____)

2. お名前 _____ (関係 _____) TEL _____ (携帯・職場・ _____)

*個人情報 は 当院 が 診療 に 必要 な 用途 以外 に は 使用 いた し ませ ん。

*万が一 クリニック から ご自宅 に 連絡 す る 際 は、 クリニック 名 (松本レディースクリニック) を _____ 良い ・ 悪い _____
 告げ て も 良い か。

*連絡 す る の は (ご本人 の み ・ ご主人 様 で も 可 ・ どなた で も 可)

1) 今日 は ど の よう な こ と で おい で に な り ま し た か。 (当てはまる項目に○をつけてください。)

1. 不妊の相談 (検査 タイミング法 人工受精 体外受精) _____

*不妊期間 _____ 年 _____ カ月 (避妊してない期間)

2. セカンドオピニオン (不妊治療相談) _____ 3. 男性不妊相談 _____ 4. 性交障害 _____

5. 生理不順 _____ 6. 下腹痛 _____ 7. おりもの _____ 8. かゆみ _____ 9. 癌検診 _____

10. その他 (_____)

2) 月経について

1. 最近の(最後の)月経はいつありましたか。 _____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日

2. その前の月経はいつありましたか。 _____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日

3. 初めてあった年齢は _____ 歳

4. 月経は順調ですか。 順調 (_____ 日型) 不順 (_____ 日から _____ 日型)

5. 月経持続期間 (_____ 日くらい)

6. 月経痛 とても強い ・ 強い ・ 殆どない ・ 下腹痛 ・ 腰痛 ・ その他

7. 月経量 とても多い ・ 普通 ・ 少ない ・ 不定

3) 結婚と妊娠について

結婚 (当時 _____ 歳) 結婚 (入籍) 年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

未婚

未婚 (_____ 年 _____ 月 結婚予定)

離婚 (当時 _____ 歳 ・ _____ 年 _____ 月)

再婚 (当時 _____ 歳 ・ _____ 年 _____ 月)

内縁 (事実婚)

セックスの経験はありますか。 はい ・ いいえ

最近性交渉はありますか。 はい ・ いいえ *記憶にある中で最も近い性交渉はいつですか。 _____ 月 _____ 日

夫婦生活(性交渉)は一カ月に何回くらいありますか。 _____ 回

性交渉はありますか。 ない ・ ある

妊娠されたことはありますか。 ない ・ ある

人工中絶 (_____ 回) _____ 年 _____ 月 _____ 週 / _____ 年 _____ 月 _____ 週

自然流産 (_____ 回) _____ 年 _____ 月 _____ 週 / _____ 年 _____ 月 _____ 週

子宮外妊娠 (_____ 回) _____ 年 _____ 月 _____ 週 / _____ 年 _____ 月 _____ 週

分娩 _____ 歳 (1 回) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 週

分娩 _____ 歳 (2 回) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 週

お産は異常がありましたか。 なし ・ あり

赤ちゃんは 異常なし ・ あり

他の病院・クリニックで不妊検査・治療を受けられた事がある患者様へ

*いつ頃 どちらの病院・クリニックにかかれていましたか？

H	年	月	～	H	年	月	施設名	治療内容
H	年	月	～	H	年	月	施設名	治療内容

*他院での検査内容（前回の妊娠時の検査・治療は除く）

□	検査内容	検査日	実施施設	検査結果	
<input type="checkbox"/>	ホルモン検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/>	子宮卵管造影			異常なし	異常あり（卵管狭窄・卵管閉鎖）
<input type="checkbox"/>	通水検査			異常なし	異常あり（卵管狭窄・卵管閉鎖）
<input type="checkbox"/>	クラミジア検査			異常なし	異常あり（内服治療済・未治療）
<input type="checkbox"/>	子宮鏡検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/>	精液検査			異常なし	異常あり
<input type="checkbox"/>	不育検査			異常なし	異常あり（妊娠後治療必要あり・なし）

*体外受精治療歴 採卵回数（ 回）【体外受精（ 回）顕微授精（ 回）】移植（ 回）

採卵1回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 日		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他（ ）		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植						
年 月		2回目の移植						
年 月		3回目の移植						
年 月		4回目の移植						

採卵2回目	施設名	卵巣刺激法	採卵数	受精方法	受精卵数	凍結胚数	移植方法	移植胚数
年 日		自然・ショート法・ロング法 アンタゴニスト法・クロミッド法 その他（ ）		体外受精 顕微授精 その他		初期胚 胚盤胞	初期胚 胚盤胞 移植せず	
年 月		1回目の移植						
年 月		2回目の移植						
年 月		3回目の移植						
年 月		4回目の移植						

当院で治療を受けていただく前に

当院では、一人でも多くの不妊症に悩む患者様の希望を叶えるために、スタッフ一同全力で取り組んでおります。皆様にスムーズな治療を受けて頂くために、予めご理解いただきたいシステムやルールがございます。これらに同意いただけない場合は診療をお受けできませんのでご了承ください。以下の内容をお読みいただき署名の上ご提出ください。

年 月 日

確認医師：

ID

1	当院は不妊治療を専門とするクリニックです。当院で検査、治療するにあたり婚姻関係の確認が必要となります。法的婚姻関係がないカップルの場合にはお互いに別の方との法的婚姻関係がないことを確認の上、検査・治療を受けて頂きます。※1当院規定の書類提出が必要です。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
2	当院での不妊治療は女性年齢47歳未満の方を対象としています。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
3	患者様の取り間違え防止のためにご本人様より生年月日、氏名など繰り返し言うていただくことがあります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
4	他院での検査結果を利用する場合には印刷された書類がある場合のみとなります。書面によるデータが無い場合は当院で再検査を受けて頂きます。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
5	当院では院内感染予防、生まれてくる赤ちゃんへの影響も考えご夫婦共に感染症(B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HIV)と奥様のクラミジア検査などを1年に1回実施します。尚、お受け頂けない場合には診療はできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
6	診察結果は診療時に医師より直接お話しします。間違いを防ぐため電話でお答えすることはできません。また、診察内容に関しても特別な場合を除き電話ではお話しできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
7	投薬や診療に関するご希望は、必ず診察室で医師に申し出てください。診療終了後に看護師、受付に申し出ても対応できかねますので、再度ご診察となります。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
8	当院では基礎体温表は医師と患者様との大切な情報交換の1つとして考えています。医師、看護師も記入しますので来院当日までの測定を記入の上、来院時には毎回受付へ提出して下さい。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
9	一度お渡ししたお薬・注射薬等は返品交換はできかねます。また基本的に間違いを防ぐため、お薬の郵送はできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
10	診療時間は(月・火・木・金)8:30~12:30、15:00~18:30(水)8:30~12:30、(土)8:30~11:30、13:45~16:00です。診療時間外の質問やお問い合わせは受けられませんので時間内にご来院ください。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
11	院内では最低限のマナーをお守り頂けない場合、診察はお断りいたします。職員に対して大声をあげたり、罵倒するような行為をされた場合は以後の診察をお断りします。また、他の患者様にご迷惑になる行為は絶対におやめ下さい	同意致します。 <input type="checkbox"/>
12	他の患者様への感染防止のため、風邪などで咳、くしゃみがある場合などはマスクを着用して下さい。インフルエンザや風疹などの感染症にかかっている疑いのある場合は来院はお控え下さい。	同意致します。 <input type="checkbox"/>
13	以上の内容に同意して頂き診察を受けられた場合は診察費用は当日にお支払下さい。クレジットカードのご利用も可能です。詳しくは受付にお問い合わせください。診療費のお支払をして頂けない場合は以後の診察はお受けできません。	同意致します。 <input type="checkbox"/>

※1 入籍済みのご夫婦の場合・・・ご夫婦各々の①保険証②住民票か戸籍謄本(人工授精、体外受精をご希望の際には必ず戸籍謄本が必要になります。)③顔写真付き証明書の計3通提出が必要。

未入籍・未婚のカップル場合・・・各々の①保険証②戸籍謄本③顔写真付き証明書④婚姻関係申告書の計4通提出が必要。

外国人のカップル既婚、未婚ともに・・・各々の①保険証②住民票③在留カードか特別永住者証明書④婚姻関係申告書計4通提出が必要。

提出書類は全て原本をご持参ください。住民票・戸籍謄本は3ヶ月以内のものをお持ちください。

戸籍謄本は一年に一回のご提出をお願いいたします。

書類の虚偽・偽造があった場合は当院での治療はお受けできません

以上の内容をよく読み十分に理解しましたので、通院中は貴院のルールを遵守いたします。

20 年 月 日

本人(妻) 署名(自署):

パートナー(夫) 署名(自署):

医療法人社団 愛慈会
松本レディース クリニック
20170424