



目的/家族/既往歴

結婚/月経/妊娠

不妊検査・治療の既往

体外受精治療の既往

問 生活習慣についてお伺いします。

たばこ  吸わない  吸う  20本以下  20本以上

飲酒  飲まない  毎日飲む  週2-3回飲む  たまに飲酒

常に薬を飲んでいる薬名

[Blank text input area]

問 アレルギーについてについてお尋ねします。

(a) アナフェラキシーショックの原因となる下記のアレルギーはありますか？

- 無  ペニシリンショック  ヨードアレルギー  ラテックスアレルギー
- 不明  アスピリン  抗生物質アレルギー  大豆アレルギー  その他

(b) 薬や食物の特異体質についてお尋ねします。

例えば) マンゴー、メロン、そば、甲殻類、金属、光、風邪薬など  
気になるものがあればお書きください。

無  有

[Blank text input area]

アレルギーと生活歴に関して気になることがありますか？

- 無
- 有 後ほど看護師がお聞きします。

(c) 血液型検査を受けたことがありますか。

血液型\_ABO  わからない  A型  B型  AB型  O型

血液型\_Rh  わからない  Rh(+)  Rh(-)

血液型を証明する書類(輸血手帳や検査結果)持参  無  有

次のページへ

目的/生活歴/月経に戻る



既往歴/結婚/妊娠



不妊検査・治療の既往



体外受精治療の既往

問 月経についてお尋ねします。(複数回答可)

(a) 初めて月経(初経)があった年齢とその後の状態を教えてください。

初経の年齢  歳

初経後の月経状況  順調  不順

月経量  多い  普通  少ない 月経の周期  通常通り  25~38日周期  25日未満  39日以上  数か月ぶ

(b) 月経困難症の症状がありますか？

無  下腹痛  性交痛  排便痛  頭痛  むくみ  その他  
 腰痛  排卵痛  吐き気  乳房痛  気分の落ち込み

(c) 月経困難症の対策はどのように行っていますか？

無:  鎮痛剤服用  生理休暇を取る  その他

(d) 受診前の直近の月経

最終月経 (  年  月  日 ) に来た月経

(e) 月経で最近\_気になる症状

無  不順  不正出血  月経痛  月経量が多い  長引く  貧血症状  その他

(f) 基礎体温の測定をしていますか？

有:  本日持参  測定したことはある  無:  測っていない  基礎体温を知らない

(g) セックスの経験はありますか？

無  有

月経歴に関して気になることがありますか？

無  
 有 後ほど看護師がお聞きします。

次のページへ

目的/生活歴/月経に戻る →

既往歴/結婚/妊娠に戻る →

不妊検査・治療の既往 →

体外受精治療の既往

問 あなた様ご自身の既往歴についてお尋ねします。

(a) 該当する項目にチェックをつけてください。(複数回答可)

- |                               |                              |                                |                                 |                               |                                  |                                  |                                  |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息 有 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 心臓の病気  | <input type="checkbox"/> 精神疾患 | <input type="checkbox"/> アレルギー   | <input type="checkbox"/> ヘルニア    | <input type="checkbox"/> 産婦人科の病気 |
| <input type="checkbox"/> 喘息 無 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 慢性腎炎  | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 性病      | <input type="checkbox"/> 緑内障     | <input type="checkbox"/> その他     |
| <input type="checkbox"/> 無    | <input type="checkbox"/> 肥満  | <input type="checkbox"/> 肝炎    | <input type="checkbox"/> 膠原病    | <input type="checkbox"/> 結核   | <input type="checkbox"/> 虫垂炎(盲腸) | <input type="checkbox"/> 小児期腹部手術 |                                  |

(b) 産婦人科の病気が有にチェックされた方は、該当の項目にチェックをつけてください。(複数回答可)

- |                             |                                 |                                |                                 |                                |                              |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無: | <input type="checkbox"/> 多嚢胞性卵巣 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 | <input type="checkbox"/> 内膜ポリープ | <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 | <input type="checkbox"/> その他 |
|                             | <input type="checkbox"/> 子宮筋腫   | <input type="checkbox"/> 子宮腺筋症 | <input type="checkbox"/> 内膜増殖症  | <input type="checkbox"/> 卵管水腫  |                              |

(c) 産婦人科手術を受けたことがありますか。 有の方は、手術を受けた日付を入力してください。

無 有

腹部手術の日付		腹部手術名
年	月	

腹部以外(頭、肺、手、足、事故など)の手術名(自由記載)

(d) 輸血を受けたことがありますか。 ※後ほど、看護師が理由等をお尋ねします。

無 有

有にチェックをつけた方は、輸血を受けた日付を入力してください。

輸血日時   年   月   日

(f) 感染症検査を受けたことがありますか。(複数回答可)

風疹検査 不明 抗体あり(32倍以上) 抗体なし ワクチン接種予定

梅毒検査 陰性 陽性:治療中 陽性:治療済 未施行

(g) 子宮癌検診を受けたことがありますか。

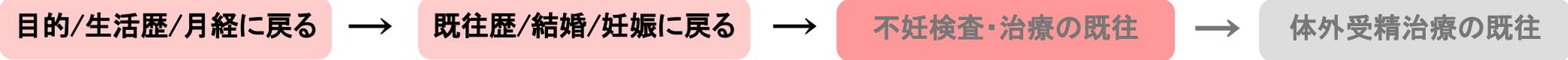
無 有

有にチェックをつけた方は、最後に子宮癌検診を受けた日付を入力してください。

  年   月 子宮癌検診の結果    検診を受けた病院名   

本日子宮癌検診を希望されますか? はい いいえ

次のページへ



問 家族歴についてお尋ねします。 ※死亡の場合は死因となった病名を、病気中の場合はその病名を看護師が入力

実父は現在 (  才で (  )  
 (病名      )

実母は現在 (  才で (  )  
 (病名      )

自分を含めて兄弟姉妹は (  ) 人でその中現在 (  ) 人健在  
 兄弟の健康状態をおしえてください   
 兄弟のご病気

(死亡された方は死亡年齢及び死因をご記載ください。)

問 血のつながる近親者(例えば、祖父、叔父...)についてお尋ねします。(複数回答可)

(a) 下記の病気の人があれば、該当の項目にチェックをつけてください。

無  癌  心臓病  糖尿病  脂質代謝異常  膠原病  ぜんそく  その他  
 脳卒中  高血圧  肥満  甲状腺疾患  血液の病気  精神疾患

(b) 血のつながる方に多胎妊娠(ふたご、みつごなど)がありますか。(複数回答可)

無  一卵性双子  二卵性双子  三つ子(品胎)  それ以上

家族歴に関して気になることがありますか？  
 無  
 有 後ほど看護師がお聞きします。

次のページへ





目的/生活歴/月経に戻る



既往歴/結婚/妊娠に戻る



不妊検査・治療の既往



体外受精治療の既往

問9 既に他院で治療を受けられた方にお伺いします。

(a) 今まで受けてきた不妊治療の種類

- タイミング     人工授精     腹腔鏡検査     PGT-A  
 排卵誘発剤     卵管鏡下卵管形成術     体外受精     その他

(b) 使用した薬剤にチェックをつけてください。(複数回答可)

- 内服クロミッド・レトロゾール     注射誘発剤     タクロリムス     貼薬  
 内服デカドロン・プレドニン     低用量ピル     アスピリン     その他  
 内服カバサル・テルロン     ディナゲスト・リュープリン     漢方薬

(c) 既に他院で人工授精を受けられた方にお伺いします。

今まで受けてきた人工授精の回数

今まで受けてきた人工授精の精液所見がおわかりでしたらお書きください。

	人工授精_年	月	量(mL)	濃度(×10 <sup>6</sup> /mL)	運動率(%)
①					
②					
③					
④					
⑤					

不妊治療歴に関して気になることがありますか？

- 無  
 有 後ほど看護師がお聞きします。

体が受精治療のない方は、問診はこれで終了です、最後のページへお進みください

体外受精治療を受けられた方は次のページへお進みください

目的/生活歴/月経に戻る



既往歴/結婚/妊娠に戻る



不妊検査・治療の既往に戻る



体外受精治療の既往

問 既に他院で生殖医療を受けられた方にお聞きします。

(a) 採卵を受けた施設名をお書きください。

[Redacted text box]

紹介状の有無  無  有

(b) ご主人が精巣内精子回収術 (TESE) を受けられた方にお聞きします。

TESEを受けた施設名

[Redacted text box]

TESEを受けた日時

[Redacted text box]

(c) 保険での採卵・胚移植回数を教えてください。

他院での採卵治療の開始年齢

[Redacted text box]

歳

他院での保険での採卵回数

[Redacted text box]

他院での保険での胚移植回数

[Redacted text box]

残っている胚の数

[Redacted text box]

残っている 分割胚数

[Redacted text box]

残っている 胚盤胞数

[Redacted text box]

※生殖医療(体外受精治療)のご経験のない方は次のページへお進みください



体外受精を受けたことがある方は、たくさんの情報をお持ちです。資料があれば解る範囲で結構です。過去の結果を教えてください。

体外受精に関して気になることがありますか？

無

有 後ほど看護師がお聞きします。

次のページへ



# 予診表 K\_体外受精\_胚移植

ID 1

目的/生活歴/月経に戻る → 既往歴/結婚/妊娠に戻る → 不妊検査・治療の既往に戻る → 体外受精治療の既往 →

**問** 既に他院で生殖医療を受けられた方は、記憶にある限り、胚移植日と結果をご記入ください。

※生殖医療(体外受精治療)のご経験のない方は次のページへお進みください

	胚移植日	胚移植種類	内膜調整法	内膜の厚	移植胚数	移植胚ステージ	難易度	支払区分	妊娠の結果
①									
②									
③									
④									
⑤									
⑥									
⑦									
⑧									
⑨									
⑩									

追加オプション

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

先進医療

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

お疲れ様でした。これで問診は終了です。最後のページへ

**次のページへ**

問 アレルギーについて再度確認してください。

(a) アレルギーについてお尋ねします。

- 無                       ペニシリンショック       ヨードアレルギー       ラテックスアレルギー
- 不明    アスピリン    抗生物質アレルギー    大豆アレルギー    その他

(b) 薬や食物の特異体質についてお尋ねします。

例えば) マンゴー、メロン、そば、甲殻類、金属、光、風邪薬など

無    有


**問診 お疲れさまでした。  
婦人科の経過や家族歴、今までの身体の状態などよく理解できました。  
このお話を参考にあなたに最も適切な検査プログラムや治療方針を進めていきます。**

多くの問診にお答えいただきありがとうございます。  
問診は安全で良質な医療を進めていくために重要な情報です。  
問診にご協力いただきありがとうございました。

完了です

