

予 診 表 (女性用)

202001

ID : 記入日：西暦.....年.....月.....日

ルナルナ ID.....

フリガナ

氏 名..... 生年月日.....年.....月.....日 (.....歳)

■身長.....cm 体重.....kg 血液型.....型 Rh (+ -)

※この欄は医療者が記入致します 【BMI : 標準 肥満 やせている】
 【初診時 BP=..... /mmHg P =.....回 / 整 不整】

緊急連絡先①..... ②.....

フリガナ

■ご主人氏名..... 生年月日.....年.....月.....日 (.....歳)

■結婚年齢 妻.....歳 初婚 再婚 結婚：.....年.....月
 夫.....歳 初婚 再婚 (実子：無.....有.....歳.....歳)

■避妊期間 ない ある (避妊期間：.....年.....月～.....年.....月位迄)

■不妊期間 妊娠を望んでからどのくらい経ちますか.....年.....ヵ月.....

■夫婦間のセックスに問題がありますか ない ある (“ある”の方は具体的にご記入下さい)

■家族構成 夫婦のみ 夫婦 (子供.....歳.....歳) 同居 (夫側) 同居 (妻側)
その他.....

同居の家族は通院を知っている 同居の家族は通院を知らない

■通院状況 職業・職種..... 勤務時間.....:.....～.....:
 受診可能日 いつでもよい 月 火 水 木 金 土
 受診可能時間時.....分頃 要望.....

■初潮年齢は何歳ですか.....歳

■初潮後に体重変動はありましたか ない ある.....歳.....kg ⇒.....歳.....kg

■月経周期 整順.....日型 不順.....日～.....日

■月経は何日ぐらいありますか.....日

■月経量はどれくらいですか 多い (血の固まりが出る) 普通 少ない

■月経痛はありますか 痛みの場所：下腹 腰 頭 その他
 痛みの程度：強い 普通 弱い なし
 薬を使用しますか：なし 時々 常に 薬品名.....

■最終月経はいつですか.....年.....月.....日から.....日間 (本日月経周期.....日目)

■妊娠・出産について

妊娠歴.....回
 出産歴.....回.....歳.....年.....月.....日 男児 女児 自然分娩 帝王切開
歳.....年.....月.....日 男児 女児 自然分娩 帝王切開
 流産歴.....回.....歳.....年.....月.....日
歳.....年.....月.....日
歳.....年.....月.....日
 子宮外妊娠歴.....回.....歳.....歳 人工中絶.....回.....歳.....歳.....歳

■ 今までにされた病気・治療および手術についてご記入下さい

■ 現在内服中の薬がありましたらご記入下さい

■ 健康診断等で指摘を受けている内容があればご記入下さい

■ 今までに薬や注射でじんましんなどの異常がでたことがありますか

いいえ はい（“はい”の方はわかる範囲でご記入下さい）

薬品名..... 症状.....

薬品名..... 症状.....

■ 喫煙はされていますか いいえ はい 1日.....本.....喫煙歴.....年

■ 妊娠についてのご相談は初めてですか

はい いいえ（治療・通院をされた事がある方は4枚目にご記入ください）

■ 妊娠についての相談以外で婦人科系の病院を受診されたことがある方は具体的にご記入下さい

ない ある（具体的にご記入ください 例：不正出血・子宮癌検診・性病など・・・）

受診施設.....（.....年.....月）

症.....状.....

受診施設.....（.....年.....月）

症.....状.....

1. 今回受診されることはどのように決められましたか

自分で決めた 夫婦で決めた その他.....

2. 受診をされる動機となった出来事がありますか ある ない わからない

“ある”の方はどんな出来事でしたか

3. 受診するにあたってどの様なご希望をお持ちですか（複数回答可）

検査や治療についての相談のみ希望

セカンドオピニオン（現在他院通院中であり、主治医以外の医師の意見を聞きたい場合）

自分の検査のみ受けたい

夫の検査のみ受けたい

夫婦で必要な検査を受けたい

自然排卵でのタイミング指導を受けたい

不育症（3回以上の流産をくり返している）の相談希望

積極的に必要な治療を受けたい⇒どのような治療をお考えですか

排卵誘発剤

人工授精

体外受精

顕微授精

その他.....

4. 治療計画があれば具体的にご記入下さい

.....

.....

.....

5. 検査・治療に関して事前に知識がありますか ある ない わからない
 “ある”の方はどのような知識をお持ちですか 以下から選んで下さい（複数回答可）
基礎体温 精液検査 子宮頸管粘液検査 性交後検査 子宮卵管造影検査
経膈超音波検査 タイミング療法 ステップアップ方式 排卵誘発剤(内服)
排卵誘発剤(注射) 人工授精(配偶者間) 人工授精(非配偶者間) 体外受精
顕微授精 不妊ストレス その他（具体的に記入下さい）

6. 検査・治療に対してどのようなイメージをお持ちですか 以下から選んで下さい（複数回答可）
希望 怖い 心配 辛い 苦しい めんどろだ 夢がある
なんとなく はずかしい 罪悪感がある 誇らしい 平気 自信がある
しかたない つじつまが合わない 痛い なんとも思わない 無理やり
本当は受けたくない 当然だ 楽しみ お金がかかる 計画通りだ
良い経験だ 人に勧められたから 選択肢の一つ 自己決定の結果
二人で選んだ道 人生の通過点 最終手段 選択の余地がない
7. 今あなたのまわりに頼りにしている相談者・理解者、治療に協力をしてくれる人がいますか
いる いない わからない
 “いる”の方は以下から選んでください
夫 実父 実母 義父 義母 兄弟 姉妹 義兄弟 義姉妹 友人
職場の同僚 その他.....
8. 通院していることを知られたくない人がいますか
いる いない わからない
 “いる”の方は以下から選んでください
夫 実父 実母 義父 義母 兄弟 姉妹 義兄弟 義姉妹 友人
職場の同僚 その他.....
9. 通院されるにあたり、以下に対する期待度を5段階（1＝弱～5＝強）でご記入下さい
 医師（ ） 看護師（ ） 培養士（ ） 受付（ ） 心理士（ ） パートナー（ ）
 その他の家族（ ） 職場（ ） 治療費（ ） 自分自身（ ） 治療内容（ ）
10. 治療するにあたり、以下に対する不安度を5段階（1＝弱～5＝強）でお答え下さい
 医師（ ） 看護師（ ） 培養士（ ） 受付（ ） 心理士（ ） パートナー（ ）
 その他の家族（ ） 職場（ ） 治療費（ ） 自分自身（ ） 治療内容（ ）
11. その他、今後について不安や心配なこと、ご質問やご要望などおありでしたら、自由にご記入下さい

◎妊娠についての検査および治療について経過順にご記入下さい

① 受診施設：

②年月頃（結婚して年ヶ月頃）～年月頃まで

③ 受けた検査 診察 経膈超音波検査 ホルモン検査 性交後検査 精液検査
 子宮卵管造影検査 卵管通気検査 卵管通水検査 腹腔鏡
 抗精子抗体検査 子宮癌検診 その他

④ 受けた検査で指摘された問題点
 検査内容： 問題点：
 検査内容： 問題点：

⑤ 受けた治療（治療内容・治療期間・採卵数など、分かる範囲でご記入下さい）
 タイミング療法年月頃まで 黄体期のサポート 漢方薬：
 排卵誘発剤：治療理由
 内服回 注射回 両方回
 人工授精：精子問題点 無 有 濃度 運動率 その他
 自然排卵回 排卵誘発剤（内服）回
 排卵誘発剤（注射）回 排卵誘発剤（両方）回
 体外受精：治療理由
回
 顕微授精：回
 凍結融解胚移植：回

① 受診施設：

②年月頃（結婚して年ヶ月頃）～年月頃まで

③ 受けた検査 診察 経膈超音波検査 ホルモン検査 性交後検査 精液検査
 子宮卵管造影検査 卵管通気検査 卵管通水検査 腹腔鏡
 抗精子抗体検査 子宮癌検診 その他

④ 受けた検査で指摘された問題点
 検査内容： 問題点：
 検査内容： 問題点：

⑤ 受けた治療（治療内容・治療期間・採卵数など、分かる範囲でご記入下さい）
 タイミング療法年月頃まで 黄体期のサポート 漢方薬：
 排卵誘発剤：治療理由
 内服回 注射回 両方回
 人工授精：精子問題点 無 有 濃度 運動率 その他
 自然排卵回 排卵誘発剤（内服）回
 排卵誘発剤（注射）回 排卵誘発剤（両方）回
 体外受精：治療理由
回
 顕微授精：回
 凍結融解胚移植：回