

クリニック記入欄

ID	BMI <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> やせ	初診時 BP / mmHg	P= <input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整 回
----	--	---------------------	--

予 診 表 (女性用)₂₀₂₃₁₁

記入日：西暦 年 月 日

※この予診表は当院の医療従事者以外の目に触れることはありません ※年数は西暦でご記入下さい

	ご本人	夫・パートナー
ふりがな		
氏 名		
生年月日	<input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 (歳)	<input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 (歳)
婚姻状況	<input type="checkbox"/> 既婚(<input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月入籍) <input type="checkbox"/> 未入籍(<input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月、 <input type="checkbox"/> 入籍予定なし) <small>※戸籍抄本 などの証明書類が必要です。治療をすぐに始められない場合があります。</small>	
結婚年齢	<input type="text" value=""/> 歳 <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚	<input type="text" value=""/> 歳 <input type="checkbox"/> 初婚 <input type="checkbox"/> 再婚 実子 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="text" value=""/> 歳)
身体情報	身長 <input type="text" value=""/> cm	体重 <input type="text" value=""/> kg
		血液型 <input type="text" value=""/> 型 (Rh+ Rh-)

■基礎体温を計測している

いいえ はい (ルナルナ ID)

ルナルナ以外を利用している ルナルナで排卵予測

■妊活生活について

・避妊期間 ない ある(年 月 ~ 年 月頃まで)

・不妊期間 ※妊娠を望んで避妊をしていない期間 年 ヵ月間

・夫婦(カップル)間の性行為に問題がありますか

ない ある { 性交痛 性交回数 勃起不全 射精障害
精神的・生理的 Sex less その他 }

詳細()

タイミングをとっている アプリで排卵予測 排卵検査薬使用 シリンジ法実施

↳排卵に合わせて ~ 回くらい

■同居のご家族

夫婦のみ 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 知らない

■職 業

職種・業種・役職など()

医療関係者 会社員 公務員 パート・アルバイト 自営業 在宅勤務 家事専業

育児取得中(年 月まで) フルタイム 時短勤務 シフト制 夜勤あり

■受診希望時間

曜日/時間帯など いつでもよい

■自己注射の指導を受けたことがありますか

いいえ はい(ペン型 注射器型 オビドレル)

■月経について

- ・初潮年齢は何歳ですか 歳
- ・短期間で **5kg** 以上の体重変動... 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 日間くらい
- ・月経量はどれくらいですか なし 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: なし 下腹 腰 頭 その他
- 痛みの程度: なし 強い 普通 弱い
- 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 (月経周期 日目)

■妊娠・出産について

妊 娠 歴	回	※断乳	年 月 頃	※月経開始	年 月 頃
出 産 歴	回	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男児	<input type="checkbox"/> 自然分娩	
		※ご自身の年齢 (..... 歳)	<input type="checkbox"/> 女児	<input type="checkbox"/> 帝王切開(理由.....)	
流 産 歴	回	年 月 日 (..... 歳)	<input type="checkbox"/> 男児	<input type="checkbox"/> 自然分娩	
		年 月 日 (..... 歳)	<input type="checkbox"/> 女児	<input type="checkbox"/> 帝王切開(理由.....)	
子宮外妊娠	回	年 月 日 (..... 歳)		年 月 日 (..... 歳)	
人工中絶	回	年 月 日 (..... 歳)		年 月 日 (..... 歳)	

■既往歴など わかる範囲でお書きください。検査の記録やおくすり手帳をお持ちでしたらお見せください。

- ・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
 - なし あり {
 - 病名 歳ごろ 治療名
 -
 - 病名 歳ごろ 治療名
 -
 - 病名 歳ごろ 治療名
 -
 - 病名 歳ごろ 治療名
 -
- ・現在内服中の薬・サプリメントがありましたらご記入下さい
 - なし あり {
 - 病名 歳から 服用理由
 - 薬名 サプリ名
 -
 - 病名 歳から 服用理由
 - 薬名 サプリ名
 -
- ・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
 - なし あり {
 -
- ・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
 - なし あり {
 - 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
- 飲酒はされていますか いいえ はい 1日 ml 飲酒歴 年

■今回の受診について

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 二人で決めた 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

ない ある わからない [.....]

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)

<input type="checkbox"/> 相談をしたい	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 不育症(3回以上の流産をくり返している)
	<input type="checkbox"/> 検査・治療について <input type="checkbox"/> 費用・助成金 <input type="checkbox"/> 支援制度 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> その他
相談内容を詳しくお書きください	
<input type="checkbox"/> 検査を受けたい	<input type="checkbox"/> 自分のみ <input type="checkbox"/> パートナーのみ <input type="checkbox"/> 二人で必要な検査を受けたい
<input type="checkbox"/> 治療を受けたい	<input type="checkbox"/> 自然排卵でのタイミング指導を受けたい
	<input type="checkbox"/> 積極的に必要な治療を受けたい
希望する治療	<input type="checkbox"/> 排卵誘発剤 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植
治療計画をお持ちでしたらお書きください	

4. 検査・治療に関して事前に知識がありますか

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ➡	<input type="checkbox"/> 基礎体温 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> 性交後検査
<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法
	<input type="checkbox"/> ステップアップ方式 <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤(内服) <input type="checkbox"/> 排卵誘発剤(注射)
	<input type="checkbox"/> 人工授精(配偶者間) <input type="checkbox"/> 人工授精(非配偶者間) <input type="checkbox"/> 体外受精
	<input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 不妊ストレス <input type="checkbox"/> その他

5. 「里親・特別養子縁組」については どの程度お考えですか？

希望あり 話を聞いてみたい 希望しない わからない その他.....

6. 今後について不安や心配なこと、ご質問、ご要望などおありでしたら、自由にご記入下さい

※クリニック記入欄

問題点	治療方針 お渡しました(初パ セミ①)セミ② セミ③ ART パ
.....
.....
.....
.....

■妊娠についてのご相談・受診は初めてですか 初めて 相談・受診をしたことがある ↓

婦人科通院歴 わかる範囲でお書きください。検査の記録や紹介状をお持ちでしたらお見せください。

受診施設①	受診施設②
受診期間 20.....年.....月頃～20.....年.....月頃 ↳結婚して.....年.....ヶ月頃	受診期間 20.....年.....月頃～20.....年.....月頃 ↳結婚して.....年.....ヶ月頃

受けた検査

<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 性交後検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 卵管通気検査 <input type="checkbox"/> 卵管通水検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> AMH <input type="checkbox"/> その他..... 指摘された問題点	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 性交後検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> 卵管通気検査 <input type="checkbox"/> 卵管通水検査 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡 <input type="checkbox"/> 抗精子抗体検査 <input type="checkbox"/> AMH <input type="checkbox"/> その他..... 指摘された問題点
---	---

精液検査

<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 濃度 <input type="checkbox"/> 運動率 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> その他(.....)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 濃度 <input type="checkbox"/> 運動率 <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> その他(.....)
--	--

タイミング療法

20.....年.....月～20.....年.....月ごろ	20.....年.....月～20.....年.....月ごろ
排卵誘発剤を使用した周期	排卵誘発剤を使用した周期
<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 黄体期サポート	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 黄体期サポート

人工授精

自然排卵(.....回)	自然排卵(.....回)
排卵誘発剤を使用した周期	排卵誘発剤を使用した周期
<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 黄体期サポート	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 黄体期サポート

ART

治療理由	治療理由
体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/>	体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植 <input type="checkbox"/>
排卵誘発剤を使用した周期	排卵誘発剤を使用した周期
<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 黄体期サポート	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 黄体期サポート

■子宮がん検診を受けたことがありますか

ない ある

最終検診	20.....年.....月.....日
検査項目	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> 体部
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(.....)

 コピーなし
 ハガキ持参

■上記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

受診施設	(.....年.....月ごろ)
症状
受診施設	(.....年.....月ごろ)
症状