

リプロダクション・婦人科内視鏡治療センター 問診票（卵子凍結）

No.1

記入日 20____年____月____日

氏名_____様 年齢_____才 西暦_____年____月____日生
身長_____cm 体重_____kg 職業_____
緊急連絡先（携帯電話番号など）_____

1.【当院を受診したきっかけは何ですか？ 該当するものに○を付けて下さい】

- ① インターネット（a～eの中から1つ選んで下さい）
a.広告サイト b.山王病院ホームページ c.YouTube d.TikTok e.インスタグラム f.X（旧 Twitter）
② 家族や知人・友人からの紹介
③ 他の医療機関からの紹介
④ その他（_____）

2.【他院で不妊検査や不妊治療を受けたことはありますか？】

☐なし ☐あり（_____）病院・クリニック⇒紹介状や検査結果は初診時にご持参ください。

3.【受診理由】 該当する番号および項目を○で囲み、ご記入下さい。（複数選択可）

- ① 卵子凍結を希望する
② AMH 検査の上、卵子凍結について相談希望
③ その他（_____）

4.【結婚について】 該当するものを○で囲み、ご記入ください。

ご本人 ・既婚（結婚_____才） ・未婚（性交経験 あり・なし）
・離婚歴あり⇒ ☐子供なし ☐子供あり（_____人） ・その他（_____）

5.【月経について】 該当するものを○で囲み、ご記入ください。

初経 _____ 才
月経周期 _____ 日～_____ 日周期（平均_____ 日周期） ・順調・不順・その他（_____）
出血持続 _____ 日間 月経量（多い・ふつう・少ない・わからない）
月経困難症 なし・あり⇒（下腹痛 ・腰痛 ・頭痛 ・その他_____）
基礎体温 つけていない・つけている⇒低温期と高温期が（ある・ない・はっきりわからない）
最終月経 _____ 月_____ 日から_____ 月_____ 日まで_____ 日間

6.【妊娠、出産について】以下にご記入ください。

妊娠.....回 出産.....回 (⇒うち、妊娠 22 週以降の出産.....回 死産.....回)
 自然流産.....回 人工妊娠中絶.....回
 異所性（子宮外）妊娠.....回（右卵管・左卵管・その他.....・不明） 胎状奇胎.....回

7.【婦人科疾患について】診断や治療を受けたこと（なし・あり）⇒ありの場合、以下☑し、ご記入ください。

☐子宮頸がん検診の異常を指摘されている⇒（定期通院中・手術を受けた）（.....）病院
☐子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・子宮内膜ポリープ・子宮腺筋症・クラミジア・その他.....
 と診断され、（☐手術を受けた⇒術式.....（.....年.....月頃）
 （.....）病院 ☐手術以外の治療（.....） ☐経過観察のみ）
☐その他

8.【不妊検査等について】受けたこと（なし・あり）⇒ありの場合、受けた検査に☑し、結果や検査日をご記入ください。また確認のため、検査結果をご持参ください。

☐子宮頸がん検診： 異常なし ・ 異常あり（.....）（検査日.....年.....月.....日）
☐風疹抗体（HI）：.....倍（検査日.....年.....月.....日）
 ・ 幼少時に風疹に罹患した ・ 風疹ワクチンを接種した（.....）才 ・ わからない
☐甲状腺機能： TSH..... μ IU/ml ・ FT4.....ng/dl ・ FT3.....pg/ml（検査日.....年.....月.....日）
☐感染症検査（検査日.....年.....月.....日）
 HBs 抗原（.....） HCV 抗体（.....） 梅毒（RPR(.....)・TPLA(.....)） HIV（.....）
☐クラミジア抗体： IgA(.....)・IgG(.....)（検査日.....年.....月.....日）
☐抗ミューラー管ホルモン (AMH)：.....(ng/ml・mol/L)（検査日.....年.....月.....日）
☐月経中ホルモン検査（検査日.....年.....月.....日）
 LH：.....mIU/ml FSH：.....mIU/ml エストラジオール：.....pg/ml プロラクチン：.....ng/ml

9.【卵子凍結・体外受精について】受けたこと（なし・あり）

⇒ありの場合、以下☑し、ご記入ください。また治療内容をご自分でまとめたものがあればご持参ください。

☐卵子凍結回（.....年.....月～.....年.....月）（.....）病院・クリニック
 凍結卵個
☐体外受精（.....年.....月～.....年.....月）（.....）病院・クリニック
 採卵：.....回 ⇒受精法（・体外受精.....回 ・顕微授精.....回 ・体外と顕微半々ずつ.....回）
 新鮮胚移植：.....回 凍結融解胚移植：.....回

10. 【婦人科以外の既往歴】 これまでにかかった病気や手術について☑してください。

☐消化器（食道・胃・腸・虫垂炎） ☐呼吸器（喘息含む） ☐循環器（心臓・血管） ☐肝臓・胆嚢・膵臓 ☐腎臓 ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐甲状腺 ☐血液 ☐リウマチ・膠原病 ☐アレルギー ☐感染症 ☐泌尿器
☐整形外科 ☐眼科 ☐皮膚科 ☐耳鼻科 ☐脳神経外科 ☐神経科 ☐心療内科・精神科 ☐その他_____

以下に具体的にご記入ください。

① 病名..... (.....年.....月頃) (.....)才 (治癒・治療中・手術)
内服中の薬 なし・あり (.....) (.....) 病院

② 病名..... (.....年.....月頃) (.....) 才 (治癒・治療中・手術)
内服中の薬 なし・あり (.....) (.....) 病院

③ 病名 _____ (_____ 年 _____ 月頃) (_____) 才 (治癒・治療中・手術)
内服中の薬 なし・あり (_____) (_____) 病院

11. 【嗜好、アレルギー、喘息、輸血歴について】 以下に☑ならびに○をつけ、ご記入ください。

飲酒 ☐なし ☐あり (毎日 ・ 週に2~3回 ・ たまに) ☐以前飲酒していた
喫煙 ☐なし ☐あり (_____本/日×_____年間) ☐以前喫煙していた

薬剤アレルギー ☐ なし ☐ あり⇒薬剤名： _____

食物アレルギー ☐ なし ☐ あり⇒食材： _____

その他のアレルギー ☐ なし ☐ あり⇒具体的に： _____

喘息 ☐なし ☐あり⇒(小児喘息だったが現在はなし・現在症状なし・治療中)
最終発作(.....年.....月頃)
治療薬(.....)(.....)病院

輸血歴 ☐なし ☐あり⇒ (年 月頃) ()才 理由 _____

12.【家族歴】ご家族に高血圧・糖尿病・癌の方がいらっしゃいましたら☑ならびに○をつけ、ご記入ください。

☐ 実父	高血圧・糖尿病・癌（具体的に_____）
☐ 実母	高血圧・糖尿病・癌（具体的に_____）
☐ 兄弟姉妹（_____）	高血圧・糖尿病・癌（具体的に_____）
☐ 祖父母（_____）	高血圧・糖尿病・癌（具体的に_____）

★最後に、今後当院を受診されるにあたり、検査、通院、卵子凍結についてご意見、ご要望などありましたらご自由にお書きください。

.....

.....

.....

ご協力ありがとうございました。この問診票にご記入の上、受診の際に必ずご持参ください。

女性医療センター／リプロダクション・婦人科内視鏡治療センター