

岡本ウーマンズクリニック外来問診票

初診日 年 月 日

氏名	ふりがな	西暦 年 月 日生 才			
	妻	身長 cm 体重 kg			
	ふりがな	西暦 年 月 日生 才			
ご住所	〒	電話番号	自宅		
			携帯(妻)		
			携帯(夫)		

1. 結婚・不妊歴について

1	結婚歴	結婚	年 月 日
		夫	初婚・再婚(子ども有・無) 再再婚(子ども有・無)
		妻	初婚・再婚(子ども有・無) 再再婚(子ども有・無)
2	不妊期間	年 カ月	
	避妊期間	ない・ある(年 月～ 年 月(理由))	

2. 生活環境について

1	職業について	職業・職種	出張	転勤		
		夫	有(日/月) 無	有・無		
		妻	有(日/月) 無	有・無		
2	日常生活の習慣について	食欲	アルコール	喫煙	睡眠	
		夫	良好・不振	毎日・時々・無	本/日・無	良好・不振
		妻	良好・不振	毎日・時々・無	本/日・無	良好・不振
3	夫婦生活について	結婚した頃の1カ月の性交回数 回				
		現在の1カ月の性交回数 回				

3. 今までに行った不妊治療について ない・ある(あるの方は下記の表にご記入ください)

治療法	選択してください		病院名
タイミング法	なし・あり→	年 月～ 年 月 ()回	
排卵誘発法	なし・あり→	年 月～ 年 月 ()回	
人工授精	なし・あり→	年 月～ 年 月 ()回	
体外受精	なし・あり→	年 月～ 年 月 ()回	
	採卵 個	受精 個	胚盤胞 個
	移植回数 回		
顕微授精	なし・あり→	年 月～ 年 月 ()回	
	採卵 個	受精 個	胚盤胞 個
	移植回数 回		
手術療法(腹腔鏡含む)	なし あり→(手術名:)		
その他			

※上記の医療機関からの紹介状はありますか ない・ある

今までに治療した病院で、不妊原因は何と言われていましたか。(重複可)

排卵障害 精子の異常 子宮内膜症 子宮筋腫

卵管の異常(検査内容)

ホルモンの異常 性交障害 年齢 その他()

施設を変えた理由は何ですか。

理由()

4. 当院で希望する治療は何ですか。

一般不妊治療 人工授精 体外受精・顕微授精 検査結果次第

その他…

5. 当院はどの様にお知りになりましたか。一つお選び下さい。

知人紹介 医療関係者 ホームページ

その他()

6. ホームページを閲覧された方で一番関心を持たれたページをお聞かせ下さい。

治療方針 妊娠成績 治療・検査内容 職員紹介 施設の雰囲気

取り組み(不妊説明会・不妊予防シンポジウム・ピュアクラブ)

不妊説明会参加月 年 月 (夫婦 妻のみ 夫のみ)

7. その他、何かありましたらご自由にお書きください。

当院はオンライン資格確認システムの導入に伴い、下記の整備を行い、

診療によっては診療情報を取得・活用することがあります。

●オンライン資格確認を行う体制

●マイナ保険証を活用し薬剤情報や特定健診等の診療情報を活用して診察等を行う体制

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

女性問診票(必ずご本人さんが記入して下さい)

氏名

配偶者名

1. 月経について

①初潮	才				
②月経周期	順調(日間)・不順(日～ 日)				
	最終生理	年	月	日から	日間
	その前	年	月	日から	日間
③月経量	多 ・ 普通 ・ 少量				
④生理痛はありますか	なし	あり	程度	軽	普通 重い
⑤鎮痛剤は服用しますか	いいえ・はい(薬名:)				

2. 妊娠・出産歴 ない ・ ある(ある方は下記の表にご記入ください)

妊娠または出産日	年齢	妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
① 年 月 日	才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.死産 4.流産 5.早産 6.中絶		g
② 年 月 日	才	週	1 2 3 4 5 6		g
③ 年 月 日	才	週	1 2 3 4 5 6		g
④ 年 月 日	才	週	1 2 3 4 5 6		g

3.現在、産婦人科以外で通院中の方はご記入ください。

疾患名 () 病院名 ()

4.現在、内服している薬はありますか

いいえ・はい(薬名)

5.何か特別な体質ですか。

アトピー 蕁麻疹(原因) 花粉症 鼻炎薬名 ()食品 ()

6.これまでに下記のような病気にかかったことがありますか(重複可)

癌 () 結核 糖尿病 心疾患 高血圧 喘息 腎疾患甲状腺疾患 肝疾患 リウマチ 精神疾患 子宮内膜症 子宮筋腫クラミジア 淋病 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 その他 ()

7.今までに3日以上入院又は手術をされたことがありますか。

なし ・ あり

あると答えられたかたは時期 病名 病院名をお書き下さい。

時期 ()

病名 ()

病院名 ()

8.ご両親やご兄弟で遺伝性の病気にかかった方はいらっしゃいますか

なし ・ あり

ある場合は続柄をお書き下さい。

()

9. その他、何かありましたらご自由にお書きください

●診療情報取得について

1. マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得に同意されましたか。

いいえ ・ はい

2.この1年間で検診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診されましたか。

いいえ ・ はい

(受診時期: 年 月頃 指摘事項:)

ご協力ありがとうございました

精液検査問診票 (必ずご本人さんが記入して下さい) 記載日 年 月 日

氏名

配偶者名

ID

精子検査の目的

現在のあなたの精子状態（精液量、精子数、精子運動率、正常形態率）チェックする
一般検査になります。

高度生殖医療をご希望の方は後日追加で自費の検査（スィムアップ・イムノービス）が必要に
になります。

を了解の上検査を申し込みします (署名)

検査結果に関して説明は

本人

(続柄) _____ に委任します

検査当日緊急の連絡が必要な場合のご連絡先お書き下さい

携帯番号 (- -)

問診

※性行為はできますか。 できる たまにできないことがある できない

※性交時膣内射精はできますか。 できる たまにできないことがある できない

1. 既往歴

癌 () 結核 糖尿病 心疾患 高血圧 喘息 腎疾患
 甲状腺疾患 肝疾患 リウマチ 精神疾患 子宮内膜症 子宮筋腫
 クラミジア 淋病 梅毒 B型肝炎 C型肝炎 その他 ()

2. 現在、他の医療機関に通院されていますか。

いいえ・はい (疾患名)
(病院名)

3. 現在内服している薬がありますか

いいえ・はい (薬名)

4. 何か特別な体質ですか。

アトピー 蕁麻疹 (原因) 花粉症 鼻炎
 薬名 ()
 食品 ()

5. おたふく風邪にかかったことはありますか？

いいえ・はい (時期)

6. 今までに3日以上入院又は手術をされたことがありますか。

なし ・ あり

あると答えられたかたは時期 病名 病院名をお書き下さい。

時期 _____

病名 _____

病院名 _____

7. ご両親やご兄弟で遺伝性の病気にかかった方はいらっしゃいますか

なし ・ あり

ある場合は続柄をお書き下さい。

8. その他、何かありましたらご自由にお書きください

●診療情報取得について

1. マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得に同意されましたか。

いいえ ・ はい

2. この1年間で検診（特定検診及び高齢者検診に限る）を受診されましたか。

いいえ ・ はい

(受診時期： 年 月頃 指摘事項：)

ご協力ありがとうございました

基礎検査実施報告書

当院では、すべての患者様に安全な環境にて効果的な医療を受けていただけるよう初診後に検査を行ないます。これらの検査項目は※不顕性感染や潜在性甲状腺疾患など妊娠を妨げる要因を発見するための検査です。

※不顕性感染…細菌やウイルスなど病原体の感染を受けたにも関わらず、感染症状を発症していない状態

該当する検査項目の中で、当院初診日から過去1年以内に検査を実施しその結果が正常範囲内であった場合はこの報告書の提出をもって検査を省略することができます。

甲状腺検査(TSH/FT4)については値が正常範囲内であっても、再検査をお願いする場合があります。

- (注意)
- 以下の『検査結果欄』は主治医に記入してもらってください。
 - 検査施設情報欄は施設の方に記入してもらってください。
 - 検査結果が正常範囲以外の場合は治療済であっても確認を含めて再検査を行います。
 - 検査結果が正常範囲であっても当院にて再検査が必要と判断される場合があります。

患者名	生年月日	西暦		
検査結果 * 検査施設の主治医記入欄			当院記入欄	
検査項目名	検査結果	検査実施年月日	精査	
1、HBs抗原		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
2、HCV抗体		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
3、TP抗体		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
4、HIV		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
5、クラミジアPCR		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
6、クラミジア抗体		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
7、AMH		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
8、卵管検査		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
9、子宮癌検診		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
10、TSH		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検
11、FT4		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 再検

↓甲状腺の治療を現在されている場合

甲状腺の治療経過報告欄 * 主治医記入欄	
最終来院日	年 月 日
治療内容	
不妊治療の許可 有 しばらく経過観察要	

検査施設情報

施設名	主治医名
住所	〒
電話番号	

ART岡本ウーマンズクリニック

基礎検査実施報告書

当院では、すべての患者様に安全な環境にて効果的な医療を受けていただけるよう初診後に検査を行ないます。これらの検査項目は正常妊娠の妨げとなる不顕性感染症の要因を発見するための検査です。

※不顕性感染…細菌やウイルスなど病原体の感染を受けたにも関わらず、感染症状を発症していない状態

該当する検査項目の中で、当院初診日から過去1年以内に検査を実施しその結果が正常範囲内であった場合はこの報告書の提出をもって検査を省略することができます。

- (注意)
- 1、以下の『検査結果欄』は主治医に記入してもらってください。
 - 2、検査施設情報欄は施設の方に記入してもらってください。
 - 3、検査結果が正常範囲以外の場合は治療済であっても確認を含めて再検査を行います。
 - 4、検査結果が正常範囲であっても当院にて再検査が必要と判断される場合があります。

患者名		生年月日	西暦
検査結果 *検査施設の主治医記入欄			当院記入欄
検査項目名	検査結果	検査実施年月日	精査
1、HBs抗原		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
2、HCV抗体		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
3、TP抗体		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
4、HIV		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
6、クラミジア抗体		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
7、精液検査		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 再検
内科的治療の 有 無 ・病名 内服薬の 有 無 薬品名 最終来院日 年 月 日 治療内容 施設 不妊治療の許可 有 しばらく経過観察要			

検査施設情報

施設名		主治医名	
住所	〒		
電話番号			

ART岡本ウーマンズクリニック

誓約書

岡本ウーマンズクリニック
院長 岡本 純英 様

私達は、一般不妊治療または、生殖補助医療を受けるにあたり、下記事項を誓約します。

記

- 1 私達が法的に有効な婚姻関係にあり、第三者と重ねて婚姻している等、日本その他の国の法律における婚姻の取消・無効事由が存在しないこと。
- 2 私達の婚姻関係につき貴院が合理的な疑義を抱いたとき、又は、私達のいずれかの一方から貴院に対し、婚姻関係を解消し又は解消する予定である旨の申し出があったときは、直ちに一切の治療(胚凍結保存を含む)を中止すること(凍結保存中の胚の破棄を含む)を承諾すること。
- 3 貴院に提出した情報及び資料は、全て最新、真実かつ正確なものであること。
- 4 私達の一方又は双方が上記事項に違反した場合、それにより貴院に生じた一切の損害を賠償すると共に、貴院に対し何らの責任追及もしないこと。

記載日 年 月 日

住所

夫氏名(自署)

生年月日(西暦) 年 月 日生

住所

妻氏名(自署)

生年月日(西暦) 年 月 日生

診察券番号：
