

不妊外来問診票

当院ではご提供いただいた個人情報は医療サービスの提供、医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます。したがって個人情報が外部に漏れることはありません。以下の質問にお答えください。

(妻)	フリガナ	生年月日 (必須)
	氏名	昭 / 平 年 月 日 (才)
		職業
	携帯番号	緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 親族 (名称)

(夫)	フリガナ	生年月日 (必須)
	氏名	昭 / 平 年 月 日 (才)
		職業
	携帯番号	緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 親族 (名称)

※緊急連絡先は緊急な要件の場合に連絡できるところでお願いします。

(職場に連絡してもよい場合にはその番号でも構いません。)

ただし、連絡を受ける際、病院名を告げてもよろしいでしょうか。(良い / 悪い)

I. 結婚 ・ 不妊歴について

結婚歴	結婚	年 月 / 婚約中 / 事実婚
	夫	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)
	妻	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)
子どもが欲しいと思った期間	年 月	●その間夫婦生活は、定期的にありましたか。 定期的 ・ たまに ・ ほとんどなし
避妊期間	ない / ある (年 月 ~ 年 月 (理由))	

II. 今まで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	
排卵誘発法	なし / あり → 年 月 ~ 年 月	
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	
手術療法 (腹腔鏡含む)	なし / あり → 年 月 (手術名:)	
その他		

検査	選択してください
クラミジア検査	なし / あり → 年 月 陰性 / 陽性
ホルモン検査	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明
子宮頸がん検査	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明
AMH (抗ミュラー管ホルモン)	なし / あり → 年 月 正常 / 高い / 低い / 不明
フーナーテスト	なし / あり → 年 月 良好 / やや不良 / 不良 / 不明
子宮卵管造影検査 (HSG)	なし / あり → 年 月 右: 正常 / 異常 / 不明 左: 正常 / 異常 / 不明
精液検査	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明
風疹抗体検査	妻 : 未検 / 検査済 → 年 ワクチン接種 : あり / なし
	夫 : 未検 / 検査済 → 年 ワクチン接種 : あり / なし
その他	

☆今まで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)

- 卵管の異常 排卵障害 精子の異常 子宮内膜症 子宮筋腫
ホルモンの異常 性交障害 年齢
その他 ()

III. 当院で希望する治療は何ですか。(重複可)

- 検査のみ 一般不妊治療 人工授精 体外受精 セカンドオピニオン
その他 ()

IV. 当院はどのようにお知りになりましたか。(重複可)

- 知人紹介 本 新聞 駅などの広告 病院の紹介 インターネット
その他 ()

VI. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか。(する / しない)

※同意されない場合は、下記内容の加算1が発生します。

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います。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- ◆医療情報取得加算 (初診時) 加算1 3点**
加算2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)

V. その他何かありましたらご自由にお書きください。

☆ スタッフ 特記事項