

問診票

記入日 西暦 20 年 月 日

診察券 番号	当院で記入します								
ふりがな	姓	名	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
氏名			性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> その他	職業				
			血液型	ABO式 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB			Rh式 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		
ローマ字	姓	名	身長	cm	体重	Kg			
住所	〒								
電話番号	自宅			携帯					

以下の質問について、該当するものにチェックし、各項目にご回答ください。

1. 本日の受診理由をお聞かせください。	
2. 現在、妊娠していますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> はい ◆現在の妊娠週数 週 日	
◆分娩予定日 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 修正の可能性あり	
↳ ※こちらには計画出産の日ではなく、40週0日にあたる日をご記入ください。	
◆最終月経 20 年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> わからない	
◆胎児数 <input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> ふたご <input type="checkbox"/> その他 ()	
◆通院中の産科医療機関名 () ◆医師名 ()	
◆分娩予定の産科医機関名 ()	
※ことわりなく、こちらから上記の医療機関に連絡することはございません。	
3. 今回の妊娠についてお聞かせください。	
<input type="checkbox"/> 自然妊娠	
<input type="checkbox"/> 不妊治療あり ◆不妊治療を行った医療機関名 ()	
<input type="checkbox"/> タイミング療法 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 人工授精 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 体外受精 ◆排卵誘発剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 顕微授精 ◆凍結胚の使用※ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ () 日目の胚を移植	
◆採卵日※ 20 年 月 日 ◆胚移植日 20 年 月 日	
◆着床前診断 (PGT) の利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
↳ 検査の内容と結果 ()	
▶ 上記の人工授精、体外受精、顕微授精による妊娠時に、卵子提供、精子提供を利用しましたか？	
<input type="checkbox"/> 卵子提供あり ◆提供者の生年月日 年 月 日 ◆提供者の年齢 歳	
※上記の凍結胚の使用、採卵日は卵子提供者の情報を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 精子提供あり	
◆その他、今回の妊娠に関して伝えておきたいこと	
()	

引きつづき、2枚目もご記入ください。

4. 今回の妊娠において、通常の妊婦健診のほかに、他院で出生前検査を受けていますか？

 受けていない

 すでに受けた

 これから受ける予定

◆検査の種類 ※複数回答可

 精密超音波検査 NT 測定 クアトロテスト NIPT (新型出生前検査)

 絨毛検査 羊水検査 その他 ()

◆実施医療機関名 ()

◆すでに受けた検査の結果 ()

5. 過去の妊娠・出産についてお聞かせください。

今回の妊娠を含め、妊娠回数 回 ※化学流産は含めません。

A) 出産について

年月日	分娩方法	妊娠週数	性別	出生時体重	医療機関名	児に先天的な疾患があれば記入
	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	g		
	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	g		
	<input type="checkbox"/> 経膣 <input type="checkbox"/> 帝王切開	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	g		

B) その他の妊娠について

化学流産 回 ◆流産 回 ◆子宮外妊娠 回 ◆人工妊娠中絶 回 ◆死産 回

年月日	経過	妊娠週数	性別	医療機関名
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	
	<input type="checkbox"/> 化学流産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶 <input type="checkbox"/> 死産	週	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	

6. パートナー、ご結婚についてお聞かせください。

◆パートナーの氏名 () ◆氏名のふりがな ()

◆年齢 歳 ◆職業 ()

◆パートナーとの血縁関係 なし いとこ はとこ その他 ()◆現在の結婚の有無 あり なし 事実婚 入籍予定 その他 ()

7. 遺伝学的背景の検討のため、ご本人、パートナーの人種をお聞かせください。 ※複数回答可

◆ご本人 非ユダヤ系白人 ユダヤ系 黒人 東アジア人 (日本・韓国・中国を含む)
 その他アジア人 その他 ()
◆パートナー 非ユダヤ系白人 ユダヤ系 黒人 東アジア人 (日本・韓国・中国を含む)
 その他アジア人 その他 ()

8. ご本人、パートナー、それぞれの血縁者、および過去の妊娠や生まれたお子様たちにおいて、染色体や遺伝子の検査を行ったことはありますか？

 いいえ

 はい ◆続柄 () ◆検査内容 () ◆結果 ()

 ◆続柄 () ◆検査内容 () ◆結果 ()

 ◆続柄 () ◆検査内容 () ◆結果 ()

引きつづき、3枚目もご記入ください。



9. ご本人、パートナー、それぞれの血縁者、およびこれまでのお子様において、遺伝するかもしれない疾患や生まれつきの疾患、その他、難病や大きな障害をもつ方がいらっしゃいますか？

いいえ

はい ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()
 ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()
 ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()
 ◆続柄 () ◆疾患名 (不明の場合は症状) ()

10. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ()

11. 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？

A) 病気について

なし

あり 高血圧 ◆治療の有無 なし あり ◆治療内容 ()
 糖尿病 ◆治療の有無 なし あり ◆治療内容 ()
 その他の疾患 ()
 ◆治療の有無 なし あり ◆治療内容 ()

B) 手術について

なし

あり ◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ()
 ◆手術した年齢 歳 ◆手術内容 ()

12. 現在、使用している薬はありますか？

いいえ

はい ◆薬品名 ()

13. 喫煙されていますか？

A) 現在の喫煙

いいえ はい→◆年齢 歳から ◆量 本/日

B) 過去の喫煙

なし あり 妊娠以前にやめた ◆年齢 歳から 歳まで ◆量 本/日
 妊娠してからやめた ◆年齢 歳から妊娠 週まで ◆量 本/日

C) パートナーの現在の喫煙

なし あり→◆量 本/日

14. 現在、飲酒されていますか？

はい いいえ→◆過去の飲酒 なし あり

15. 当院を知ったきっかけをお聞かせください。

ホームページを見て テレビ・雑誌・メディアを見て (名称)

友人・知人の紹介 家族の紹介 他院からの紹介 その他 ()

ご記入ありがとうございました。記入後は受付へお渡してください。

クリニックからのお願ひ：当院は完全予約制ですが、診察状況によってはお待たせする場合がございますので、ご了承いただければ幸いです。ご不明な点はスタッフにおたずねください。