

セキールレディースクリニック 問診票 (女性用)

スミア検査					* クリニック使用欄
<input type="checkbox"/> 高崎券有(本日実施)	<input type="checkbox"/> 高崎券無(本日実施)	<input type="checkbox"/> 高崎券有次回持参(次回実施)	<input type="checkbox"/> 他院で実施済み	<input type="checkbox"/> 市外	

当てはまるものに☑または記入をして下さい

<ご自身について>

記入年月日 平成_____年_____月_____日

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
氏名	(歳)	自宅Tel	() -				
住所	〒 - セキールの名前で郵便物等の送付をしても構わないですか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る (「困る」を選択された方に郵送物がある場合は院長の 個人名にて送付させていただきます。予めご了承下さい。)	ご自宅はセキールの名前で連絡をしても構わないですか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る					
		携帯Tel	() -	(携帯電話はセキールの名前で連絡させていただきます。 お持ちの方は必ず記入して下さい。)			
		アルコール	<input type="checkbox"/> 強い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱い		
		喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 現在	本/日: 歳~現在まで			
			<input type="checkbox"/> 過去	本/日: 歳~ 歳まで			
職業			<input type="checkbox"/> 無				
血液型	() 型 Rh ()	身長・体重	() cm	・ () kg			
性交で悩みがありますか	<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ						

<夫またはパートナーについて>

フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名	(歳)	職業				
		喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		

来院された理由	<input type="checkbox"/> 子供が欲しい <input type="checkbox"/> その他(詳しく記入をしてください)					
---------	---	--	--	--	--	--

月経について	最終月経	月	日	~	月	日 (日間)	
	その前の月経	月	日	~	月	日 (日間)	
	初経	歳	閉経	歳	普段の出血期間	日間	
	周期	<input type="checkbox"/> 規則的 (日周期)		<input type="checkbox"/> 不規則 (バラバラ・だいたい 日 ~ 日周期)			
	出血量	<input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない			
	月経痛	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 少し痛い	<input type="checkbox"/> 痛くない			
	鎮痛剤	<input type="checkbox"/> 使う (1日 回 日間)			<input type="checkbox"/> 使わない		
月経以外の痛み	<input type="checkbox"/> 全く痛くない		<input type="checkbox"/> お腹が痛い		<input type="checkbox"/> 腰が痛い		
	<input type="checkbox"/> 排便で痛い		<input type="checkbox"/> 排尿で痛い		<input type="checkbox"/> 性交で痛い		
結婚について	<input type="checkbox"/> 結婚 (平成 年 月 日: 歳)			<input type="checkbox"/> 予定 (平成 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 未婚			<input type="checkbox"/> 事実婚			

《次ページに続く》

不妊治療を希望されている方は記入をして下さい

不妊期間	年	避妊期間	年	ヶ月
------	---	------	---	----

- 避妊をしていなかったが、妊娠しなかった 一定期間避妊していたが、避妊を辞めても妊娠しなかった
- 妊娠したが流産した

今までに医師から不妊原因について説明があった方は記入をして下さい

今後の治療についてどのような希望がありますか

- タイミング治療を中心に治療を進めたい 人工授精を中心に治療を進めたい
- 体外受精を中心に治療を進めたい なるべく保険の範囲内で治療を進めたい
- その他()

夫またはパートナーは今後の治療に対してあなたと同じ希望を持っていますか

- はい
- いいえ → 夫またはパートナーの希望を記入して下さい
- ()

今までに不妊の検査を受けたことはありますか

はい →

検査名	病院	時期	検査結果
基礎体温測定		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
ホルモン(内分泌)検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
通気または通水検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
子宮卵管造影検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
腹腔鏡検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
ヒューナー(フーナー)検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
免疫学的検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
自己抗体など		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
(ご主人様)精液検査		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
その他		平成 年 月頃	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()

いいえ

今までに不妊治療を受けたことはありますか

はい →

<input type="checkbox"/> 排卵誘発	(クロミッド ・ HMG ・ HCG)				
<input type="checkbox"/> 薬物療法	(漢方 ・ カバサル ・ テルロン ・ スプレキュア ・ ナサニール ・ デュファストン ・ その他)				
<input type="checkbox"/> タイミング療法	(時期 平成 年 月 ～ 平成 年 月) (回数 周期) (病院)				
<input type="checkbox"/> 人工授精	(時期 平成 年 月 ～ 平成 年 月) (回数 周期) (病院)				
<input type="checkbox"/> 体外受精 (体外受精・顕微授精・凍結融解胚移植)					
【採卵回数 回 ・ 体外受精 回 ・ 顕微授精 回 ・ 胚移植回数 回】					
年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植	採卵数	移植数	凍結胚数	病院
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月	体外受精・顕微授精 凍結融解胚移植				
<input type="checkbox"/> その他 ()					

いいえ

今までに不妊治療の副作用で困ったことはありますか

はい →

<input type="checkbox"/> 薬品	(何で)
	(どんな症状)
<input type="checkbox"/> 治療	(何で)
	(どんな症状)

いいえ

上記以外の希望・質問・不安なことなどご自由に記入して下さい (薬、費用、夫・パートナーについて 等)

問診票

遺伝性乳がん・卵巣がん / リンチ症候群(大腸がん、子宮体がんなどの多重がん)に関する質問です。
遺伝性乳がん・卵巣がんは女優のアンジェリーナ・ジョリーさんが予防的乳房切除をしたことで話題となった病気です。

ID : _____ 氏名 : _____ 生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

母方、父方それぞれの家系について、以下の質問にお答えください。ご自身を含めたご家族の中に該当する方がいらっしゃる場合に、該当する項目にを付けてください。

- | | |
|---|--|
| ・ 40歳未満で乳がんを発症された方がいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ 年齢を問わず卵巣がん(卵管がん、腹膜がん含む)を発症された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ お一人の方が時期を問わず原発乳がんを2個以上発症したことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ 男性の方で乳がんを発症された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ ご本人を含め乳がんを発症された方が3名以上いらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ トリプルネガティブの乳がんと診断された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ BRCAの遺伝性変異が確認された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |

上記の質問に一つでも該当する項目があれば、あなたが遺伝性乳がん・卵巣がんである可能性は一般よりも高いと考えられます。

- | | |
|---|--|
| ・ 血縁者がリンチ症候群関連がん(大腸がん、子宮体がん、腎がん、尿管がん、小腸がん、卵巣がん)と診断された方が、少なくとも3人いらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |
| ・ ご自身を含め50歳未満で大腸がんを発症された方がいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない |

上記2項はリンチ症候群に関連した問診です。
当院では詳しいリスク評価及び情報提供などの遺伝カウンセリングを受けることが可能です。その結果で、ご希望の方は遺伝性乳がん、卵巣がんやリンチ症候群を確認するための遺伝子検査を採血により行うことができます。
費用などの詳しい情報は外来にてご確認ください。

ご質問、気になることなどがございましたら、ご自由にご記入ください。

.....

.....

.....