

# セキールレディースクリニック 問診票 (女性用)

スメア検査

\*クリニック使用欄

高崎券有(本日実施) 高崎券無(本日実施) 高崎券有次回持参(次回実施) 他院で実施済み 市外

当てはまるものに  または記入をしてください。

## <ご自身について>

記入年月日 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
氏名	( 歳)	電話番号	携帯番号 ( ) - 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をしてください。
住所	〒 - セキールの名前で郵便物などの送付をしても構いませんか → <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。予めご了承ください。)		その他連絡先がある方はご記入ください。※任意 自宅 ・ その他( ) ( ) -
職業		アルコール	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱い
血液型	( ) 型 Rh ( )	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 <input type="checkbox"/> 無
E-mail		身長・体重	( ) cm ・ ( ) kg

## 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・令和 年 月 日
氏名	( 歳)	職業	出張の有無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 国外 <input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 無
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

## <結婚について>

結婚 (入籍日:平成・令和 年 月 日: 歳) 予定 (令和 年 月 日: 歳)  
未婚 事実婚

## <来院された理由>

- 子供が欲しい
- 二人目以降希望
- 検診
- 不正出血
- 不妊症の詳しい検査をしたい
- 不育症の詳しい検査をしたい
- 不妊症の原因を知りたい
- 今後の治療について悩んでいる
- 染色体検査をしたい
- 心理カウンセリングを受けたい
- 遺伝カウンセリングを受けたい
- その他

[ ]

## &lt;月経について&gt;

最終月経	年 月 日 ~ 月 日 ( 日間)				
その前の月経	年 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	

## &lt;性交について&gt;

月に何回くらい	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 1~3回	<input type="checkbox"/> 4回以上
性交痛	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			

## &lt;妊娠・分娩について&gt;

妊娠したことはありますか ( はい ・ いいえ )						
時期	週数	経過	性別	出生時体重	病院	健康
平成・令和 年 月 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 当院で治療 <input type="checkbox"/> 他院で治療	週	<input type="checkbox"/> 出産 (普通・吸引・鉗子・帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後) <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g		<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否
平成・令和 年 月 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 当院で治療 <input type="checkbox"/> 他院で治療	週	<input type="checkbox"/> 出産 (普通・吸引・鉗子・帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後) <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g		<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否
平成・令和 年 月 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 当院で治療 <input type="checkbox"/> 他院で治療	週	<input type="checkbox"/> 出産 (普通・吸引・鉗子・帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後) <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g		<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否
平成・令和 年 月 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 当院で治療 <input type="checkbox"/> 他院で治療	週	<input type="checkbox"/> 出産 (普通・吸引・鉗子・帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後) <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g		<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否
平成・令和 年 月 <input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 当院で治療 <input type="checkbox"/> 他院で治療	週	<input type="checkbox"/> 出産 (普通・吸引・鉗子・帝王切開) <input type="checkbox"/> 流産 (妊娠反応のみ・胎囊のみ・胎児心拍確認後) <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	g		<input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 否



不妊治療を希望されている方は記入してください

不妊期間	年	避妊期間	年	ヶ月
<input type="checkbox"/> 避妊をしていなかったが、妊娠しなかった <input type="checkbox"/> 妊娠したが流産した		<input type="checkbox"/> 一定期間避妊していたが、避妊をやめても妊娠しなかった		

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してください

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ください

今までに不妊の検査を受けたことがありますか

はい

検査名	病院	時期	検査結果
基礎体温測定		平成 年 月頃 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
ホルモン(内分泌)検査		平成 年 月頃 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
通気または通水検査		平成 年 月頃 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
子宮卵管造影検査		平成 年 月頃 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
腹腔鏡検査		平成 年 月頃 令和	<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 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
免疫学的検査		平成 年 月頃 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
自己抗体など		平成 年 月頃 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
(ご主人様) 精液検査		平成 年 月頃 令和	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常( )
その他		平成 年 月頃 令和	<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 ・ カバサール ・ 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 ・ 令和 年 月 ~ 平成 ・ 令和 年 月 )		回数( 周期) 病院( )		
<input type="checkbox"/> 人工授精	時期( 平成 ・ 令和 年 月 ~ 平成 ・ 令和 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 】					
時期	体外受精 ・ 顕微授精	採卵数	移植数	凍結胚数	病院
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 年 月	体外受精 ・ 顕微授精 凍結融解胚移植				
平成 年 月 令和 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 薬品 何で( )  
 どのような症状( )

治療 何で( )  
 どのような症状( )

いいえ

<自己注射について>

今までに自己注射を行ったことがありますか？

ない

ある 薬剤名( )

自己注射可能な薬剤を使用する場合に、自己注射を希望されますか？

しない

する 医療従事者の方 → 医師 看護師

医療従事者でない方 → 指導を希望する 他院で指導受けたので指導は希望しない

ご記入いただいた内容以外の希望、質問、不安などご自由にご記入ください(薬、費用、夫・パートナーについて等)

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。

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？  いる  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？  いる  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？  いる  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？  いる  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？  いる  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？  いる  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？  いる  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？  いる  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？  いる  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。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....