

# 問診票(ART)

記入日 令和 年 月 日

	本人	配偶者
フリガナ		
氏名		
生年月日	昭・平・令 年 月 日( 歳)	昭・平・令 年 月 日( 歳)
職業		
携帯電話		

1 本日受診された理由は？

- なかなか妊娠しない (不妊期間 年 ヶ月)
- 妊娠するが流産 ( 回)、死産 ( 回)となる
- 他院にて体外受精を勧められた
- 夫婦生活が上手くいかない(夫・妻)
- その他 ( )

2 結婚歴について

- 結婚 ( 年 月)
- 離婚 ( 年 月)
- 再婚 ( 年 月)
- 未婚 (入籍予定・内縁関係)

3 妊娠歴について あり なし

年月	転帰	週数	流産の状態	出産時の異常
年 月	1.生産 2.流産 3.死産 4.中絶 5.異所性妊娠	週	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	なし あり( )
年 月	1.生産 2.流産 3.死産 4.中絶 5.異所性妊娠	週	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	なし あり( )
年 月	1.生産 2.流産 3.死産 4.中絶 5.異所性妊娠	週	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	なし あり( )
年 月	1.生産 2.流産 3.死産 4.中絶 5.異所性妊娠	週	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	なし あり( )
年 月	1.生産 2.流産 3.死産 4.中絶 5.異所性妊娠	週	妊娠反応のみ・胎囊のみ 胎児のみ・心拍が見えた	なし あり( )

4 今までに不妊治療を受けたことがありますか？ あり なし

5 5の質問で「あり」と答えられた方へ

- ・今までにどのような検査を受けられましたか？
  - 血液検査 卵管造影検査 子宮鏡検査 精液検査
  - フーナーテスト その他
- ・今までにどのような治療を受けられましたか？
  - タイミング療法 ( 周期) 人工授精 ( 周期)
  - 体外受精(採卵 回 新鮮胚移植 回 胚盤胞移植 回)

6 当院での治療について希望されることはありますか？  
( )

7 配偶者は治療について

- 協力的 非協力的 不明、わからない