

# MEDICALSALON2BlueLine初診問診票

初診問診票は、データ(エクセル)でもご用意があります。ご希望の方はご連絡ください。

記サ-14:問診票(2版:2015年9月)

初診日  年  月  日

患者ID  ← 当院からお伝えした7桁の数字を半角でご記入してください

生年月日  年  月  日  歳

職業

住所 〒

携帯電話

- (1) ふだんの月経周期は順調ですか？
- 1年を通して周期が28日～33日と順調
- 1年を通して周期がバラバラ
- 月経周期が長く34日以上かかる
- 月経周期が短く25日前後
- (2) 薬を服用しない場合の排卵状況は？
- 通常(13日目～16日目排卵)
- 月経12日目よりも早い
- 月経17日目～月経22日目と遅め
- かなり遅いor無排卵の周期もある
- (3) アレルギーや使用薬剤で副作用を起こしたことはありますか？
- なし (詳細)
- ある →
- (4) チョコレートのう腫(子宮内膜症)はありますか？ある場合は大きさ(cm)を教えてください。
- なし
- ある →  主治医に腹圧について確認済
- <チョコレートとう腫の大きさ>
- 左  cm 右  cm

(5) 直近のホルモン数値について教えてください。

検査項目	数値	検査日	周期	薬剤使用
FSH	<input type="text"/> mIU	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日目	前周期ピル使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
LH	<input type="text"/> mIU	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日目	前周期ピル使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
E2	<input type="text"/> mIU	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日目	排卵誘発剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
P4	<input type="text"/> mIU	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日目	黄体補充剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
AMH	<input type="text"/> ng	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		

(6) 今まで受けた不妊治療の内容について教えてください。

タイミング療法  周期 人工授精  周期

体外受精/顕微授精の詳細

●採卵 \*採卵日が最近のものを上から順にお書きください

採卵日		刺激方法			受精方法	
年	月					
採卵数	受精数	初期胚数	←初期胚のグレード	胚盤胞数	←胚盤胞のグレード	
<input type="text"/>						
採卵日		刺激方法			受精方法	
年	月					
採卵数	受精数	初期胚数	←初期胚のグレード	胚盤胞数	←胚盤胞のグレード	
<input type="text"/>						
採卵日		刺激方法			受精方法	
年	月					
採卵数	受精数	初期胚数	←初期胚のグレード	胚盤胞数	←胚盤胞のグレード	
<input type="text"/>						
採卵日		刺激方法			受精方法	
年	月					
採卵数	受精数	初期胚数	←初期胚のグレード	胚盤胞数	←胚盤胞のグレード	
<input type="text"/>						

●胚移植 \* 胚移植日が最近のものを上から順にお書きください

胚移植日	移植胚	←グレード	状態	個数	hCG1回目	hCG2回目	タイノウ	心拍
年	<input type="checkbox"/> 胚盤胞		<input type="checkbox"/> 新鮮				<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> +
月	<input type="checkbox"/> 初期胚		<input type="checkbox"/> 凍結				<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
胚移植日	移植胚	←グレード	状態	個数	hCG1回目	hCG2回目	タイノウ	心拍
年	<input type="checkbox"/> 胚盤胞		<input type="checkbox"/> 新鮮				<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> +
月	<input type="checkbox"/> 初期胚		<input type="checkbox"/> 凍結				<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
胚移植日	移植胚	←グレード	状態	個数	hCG1回目	hCG2回目	タイノウ	心拍
年	<input type="checkbox"/> 胚盤胞		<input type="checkbox"/> 新鮮				<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> +
月	<input type="checkbox"/> 初期胚		<input type="checkbox"/> 凍結				<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
胚移植日	移植胚	←グレード	状態	個数	hCG1回目	hCG2回目	タイノウ	心拍
年	<input type="checkbox"/> 胚盤胞		<input type="checkbox"/> 新鮮				<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> +
月	<input type="checkbox"/> 初期胚		<input type="checkbox"/> 凍結				<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
胚移植日	移植胚	←グレード	状態	個数	hCG1回目	hCG2回目	タイノウ	心拍
年	<input type="checkbox"/> 胚盤胞		<input type="checkbox"/> 新鮮				<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> +
月	<input type="checkbox"/> 初期胚		<input type="checkbox"/> 凍結				<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -

(7) 妊娠歴・流産歴について教えてください。

妊娠時期	妊娠の方法	タイノウ	心拍	転帰	
年 月		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
妊娠時期	妊娠の方法	タイノウ	心拍	転帰	
年 月		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
妊娠時期	妊娠の方法	タイノウ	心拍	転帰	
年 月		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶

(8) 現在、治療を行っている施設名を教えてください。

年 月から通院している

(9) 今後の治療予定について教えてください。

(10) 整形外科での治療歴はありますか？また、関節疾患はありますか？

なし  ある ↓ 詳細をお書きください

(11) 整形外科以外の手術歴、不妊治療以外の治療歴はありますか？

なし  ある ↓ 詳細をお書きください

(12) 現在、鍼の治療を行っていますか？

いいえ  はい → 治療院名

\* 他施設で鍼治療をされている場合には当院では鍼以外の治療のみ受けいただけます。また、もし鍼も当サロンでお受けになる場合には前施設の最終の鍼治療から3ヶ月開けてください。

(13) ご質問やご要望などありましたら自由にお書きください。

ご記入ありがとうございました。手記入された方は初診日にお持ちください。エクセルに入力された方は、info@2blueline.jpに添付の上送信ください。