

【問診票】

風疹（既往 ワクチン接種 抗体 _____）

年 月 日 一般不妊学級（ 月 日） 妻・夫

ふりがな お名前(妻)： _____ 生年月日： T S H 年 月 日(歳) 身長： _____ cm 体重： _____ kg 職業： _____ 宗教： _____ 薬剤アレルギー： 無・有(薬剤名 _____)
ふりがな お名前(夫)： _____ 生年月日： T S H 年 月 日(歳) 身長： _____ cm 体重： _____ kg 職業： _____ 宗教： _____ 薬剤アレルギー： 無・有(薬剤名 _____)

初診時 血圧 /
体重 kg
BMI

下記の質問に対して分かる範囲で結構ですのご記入下さい

1) 結婚についてお尋ねします

- 未婚・既婚（結婚年月日： _____ 年 月 現在結婚 _____ 年目）
- 未入籍だが同居している（ _____ 年 _____ 月） ●未婚だが結婚予定がある（ _____ 年 _____ 月頃）
- 避妊期間：無・有(_____ 年 _____ 月) 妊娠希望してから(_____ 年 _____ 月) 性交回数：月 _____ 回程度

2) 受診を希望した理由についてお尋ねします

- a. 妊娠を希望して
- b. 生理について（生理不順・不正出血・生理痛）
- c. おりもの（色：血が混じる・白色・黄色、かゆみ：有・無、匂い：有・無）
- d. 痛みがある（下腹部痛・性交痛・外陰部痛・その他 _____）
- e. 検査（子宮癌検査・子宮筋腫・子宮内膜症・妊娠判定・その他 _____）
- f. その他の相談（更年期症状・性病・何度も流産する・腔異物感・その他 _____）

3) 生理についてお尋ねします

- 初経は(_____)歳 ●閉経は(_____)歳
- 最終生理は _____ 年 _____ 月 _____ 日から始まり、(_____)日間続いた。
- 生理周期は 順調(_____)日周期 (_____)日間・不順(_____)日に1回 (_____)日間
- 生理痛は ない・ある（軽度・普通・強度） ●鎮痛剤を服用して（いない・いる）
- その他気になること (_____)

4) 病気についてお尋ねします

- 喘息 無・有 (_____)
- 子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症・卵巣嚢腫・ポリープと言われた事が (無・有)
- これまでに何か病気をしたこと・手術をしたことは (無・有)

病名	年齢	治療方法	現在

- 現在、飲んでいる薬・漢方薬・サプリメントなどありますか (無・有)

5) 子宮頸がん検査を最後に受けたのはいつですか。

_____ 年 _____ 月 結果 _____ 病院名 _____

6) 妊娠についてお尋ねします

●妊娠したことがありますか (無・有)

妊娠年月日(自然・その他)	流産・中絶	分娩日	分娩	分娩週数	胎嚢	心拍	手術
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無
年 月	週		正常・帝王切開	週	有・無	有・無	有・無

7) ご家族についてお尋ねします

両親・兄弟に 高血圧・心臓病・癌・糖尿病・婦人科系・その他 () がいる

8) 当院をお知りになったきっかけをご記入下さい

- _____ 病院 _____ 先生からのご紹介 (紹介状 有・無)
- 当院にお掛かりの方に聞いて (お名前 _____) ・知人に聞いて・インターネット・雑誌で見て
・看板・電話帳・電話相談して・その他 (_____)

不妊治療を希望される方のみ下記の質問に対して分かる範囲で結構ですのご記入下さい

1) 不妊治療についてお尋ねします

●不妊治療のため通院した経験が 無・有 (治療を開始してから _____ 年 _____ ヶ月)

有と回答された方にお尋ねします

●病院の名前と場所を教えてください

- ①病院名 _____ 場所 _____ (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)
- ②病院名 _____ 場所 _____ (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)
- ③病院名 _____ 場所 _____ (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)

●以下の検査を受けられたことがありますか (無・有) ※病院番号は上記の番号をご記入ください。

検査名	施行年月日	結 果	病院番号
子宮卵管造影		閉鎖(右・左・両方)・狭い(右・左・両方)・その他	異常なし
通気・通水検査		閉鎖(右・左・両方)・狭い(右・左・両方)・その他	異常なし
精液検査		少ない・無精子・運動率が悪い・その他	異常なし
ヒューナーテスト		精子量が少ない・いない・動いていない・その他	異常なし
ホルモン検査・AMH			異常なし
子宮鏡検査			異常なし
抗精子抗体検査			異常なし
習慣性流産検査			異常なし
感染症・クラミジア			異常なし
その他			異常なし

●これまでに以下の手術を受けられたことはありますか (無・有)

手術名	施行年月日	病 名	病院番号又は病院名
腹腔鏡			
開腹手術			
FT カテーテル			
その他			

●以下の不妊治療を受けられたことがありますか（無・有）

治療名	施行年月日	回数	病院番号
自然周期でのタイミング指導	年 月～ 年 月	回	
クロミフェン周期でのタイミング指導	年 月～ 年 月	回	
HMG 周期でのタイミング指導	年 月～ 年 月	回	
自然周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	
クロミフェン周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	
クロミフェン+HMG 周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	
HMG 周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	

●以下の不妊治療を受けられたことがありますか（無・有）

治療名	施行年月日	採卵数	受精率	胚移植	妊娠	病院番号
体外受精・顕微授精・その他()	年 月	個	/	無・有	+・-	
体外受精・顕微授精・その他()	年 月	個	/	無・有	+・-	
体外受精・顕微授精・その他()	年 月	個	/	無・有	+・-	
体外受精・顕微授精・その他()	年 月	個	/	無・有	+・-	
体外受精・顕微授精・その他()	年 月	個	/	無・有	+・-	
体外受精・顕微授精・その他()	年 月	個	/	無・有	+・-	

●凍結胚移植を行ったことはありますか 無・有 (回)

●卵巣過剰刺激症候群を発症したことがありますか（無・有） その際入院しましたか（入院した・しない）

2) ご主人についてお尋ねします

●これまでに何か病気をしたことがありますか（無・有）

病名	年齢	治療方法	現在	使用している薬剤
ヘルニア			完治・通院(週・月・年・回)	
性病			完治・通院(週・月・年・回)	
泌尿器関係 ()			完治・通院(週・月・年・回)	
			完治・通院(週・月・年・回)	
			完治・通院(週・月・年・回)	

3) 今回当院で望まれる治療について

- 1) 一般不妊治療 2) 人工授精 3) 体外受精 4) 顕微授精 5) GIFT・ZIFT
6) その他()

●当院での不妊治療にあたりご要望などがございましたらご記入下さい
