

問診票

記載日 _____

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____

1. どのような診察を希望されますか？ あてはまるものに○をお付けください

- 1 子供ができない (希望する治療: 一般不妊治療 人工授精 体外受精 顕微授精)
- 2 生理不順
- 3 子供ができるかのチェック
- 4 その他 症状(_____)

2. 現在の年齢

妻 _____ 歳 夫 (内縁含) _____ 歳

3. 結婚年齢

妻 _____ 歳 夫 (内縁含) _____ 歳

- 婚約中 独身 (パートナー有)
- 独身 (パートナー無)

4. 離婚歴

- 無 有 → 妻 _____ 離婚年齢 _____ 歳 前パートナーとの子供 (_____ 人)
- 夫 (内縁含) 離婚年齢 _____ 歳 前パートナーとの子供 (_____ 人)

5. 下記の質問にわかる範囲でお答えください

妻職業 (_____) 勤務時間 : ~ : 休日 土 日 祝
 その他 (_____)

夫 (内縁含) 職業 (_____) 勤務時間 : ~ : 休日 土 日 祝
 その他 (_____)

6. 病気や手術について

・今まで病気や手術の経験はありますか？

妻: なし あり

病 気	・高血圧	_____ 歳	・糖尿病	_____ 歳	・心臓病	_____ 歳	・腎臓病	_____ 歳
	・肝臓病	_____ 歳	・喘息	_____ 歳	・盲腸	_____ 歳	・精神病	_____ 歳
	・性感染症	(_____)	_____ 歳	・その他	(_____)	_____ 歳		
手 術	・卵巣	_____ 歳	・子宮筋腫	_____ 歳	・その他	(_____)	_____ 歳	

- ◎ 子宮頸がん検診を受けた事がありますか？ ない ある
 (最終検診日 _____ 年 _____ 月, 結果: _____)
- ◎ 風疹ワクチン予防接種を受けた事がありますか？ ない ある
 (接種年月日 _____ 年 _____ 月, _____)

夫 (内縁含): なし あり

病 気	・高血圧	歳	・糖尿病	歳	・心臓病	歳	・腎臓病	歳
	・肝臓病	歳	・喘息	歳	・盲腸	歳	・精神病	歳
	・耳下腺炎	歳	・副睾丸炎	歳	・前立腺炎	歳	・性感染症	歳
	・その他	()						歳
手 術	・鼠経ヘルニア	歳	・その他	()				歳

7. アレルギーについて

妻 なし あり夫 (内縁含) なし あり

【あり】の場合、アレルギーの原因とその症状を記入して下さい

	薬剤名	症状	食物名	症状	その他	症状
妻	()	()	()	()	()	()
夫 (内縁含)	()	()	()	()	()	()

8. 常用薬について

 なし あり (ある場合、以下に薬剤名・サプリメントを記入してください。)

	現在飲んでいる薬	現在飲んでいるサプリメント
妻		
夫 (内縁含)		

9. 妻の家族に特別な病気の方がいますか? いる いない (いれば○をお付け下さい)

※妻の血縁関係の方

	父	母	兄	弟	姉	妹
高血圧						
糖尿病						
癌 (病名)	()	()	()	()	()	()
その他 (病名)	()	()	()	()	()	()

10. 夫 (内縁含) の家族に特別な病気の方がいますか? いる いない (いれば○をお付け下さい)

※夫 (内縁含) の血縁関係の方

	父	母	兄	弟	姉	妹
高血圧						
糖尿病						
癌 (病名)	()	()	()	()	()	()
その他 (病名)	()	()	()	()	()	()

11. 健康状態について

妻 1. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 2. タバコは吸いますか いいえ はい (1日 本)
 3. お酒は飲みますか いいえ はい (週に 回, 1日 ml)
 4. コーヒーは飲みますか いいえ はい (1日 杯)
 5. 何か運動はされていますか いいえ はい ()

夫 (内縁含) 1. 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 2. タバコは吸いますか いいえ はい (1日 本)
 3. お酒は飲みますか いいえ はい (週に 回, 1日 ml)
 4. 何か運動はされていますか いいえ はい ()

12. 生理について

基礎体温は付けていますか? はい いいえ
 初経年齢 (生理が初めて始まった歳) _____ 歳
 月経周期 (生理が始まってから次の生理が来るまでの間) _____ 日 ~ _____ 日
 生理は順調ですか はい いいえ
 生理痛はありますか はい いいえ
 生理痛がある場合、鎮痛剤の使用はありますか? なし あり 薬剤名()
 一番最近の整理はいつ始まりましたか? _____ 月 日から _____ 月 日まで
 その前の生理はいつ始まりました _____ 月 日から _____ 月 日まで 日周型
 生理に関して気になっている事はありますか? なし あり ()

13. 妊娠について

今までに、妊娠したことはありますか? ある ない

ある方は該当する項目に○をつけ、経過や治療内容を詳しく記入して下さい。

	年齢	妊娠週数 または月	自然妊娠または 治療後妊娠 (治療内容)	妊娠経過 (出産・子宮外妊娠・流産・中絶)	性別・出生体重 (分娩方法)	病院名
1	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	
2	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	
3	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	
4	歳		<input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 治療 ()		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 g <input type="radio"/> 自然分娩 <input type="radio"/> 帝王切開	

14. 夫婦生活について

夫婦生活の回数 1ヶ月に 回 SEX LESS
 性交痛 ない ある
 結婚後の避妊期間 ない ある (年 月 ~ 年 月)

15. 今までの不妊治療検査・治療について (受診されていた病院名と期間を順に書いて下さい)

病院名	期間
1.	: 年 月 ~ 年 月 まで
2.	: 年 月 ~ 年 月 まで
3.	: 年 月 ~ 年 月 まで
4.	: 年 月 ~ 年 月 まで
5.	: 年 月 ~ 年 月 まで

16. これまでに妊娠が難しいと医師から説明された原因について○をつけて下さい。

- 原因不明 子宮内膜症 抗精子抗体 卵管の状態が悪い 精子の状態が悪い
 受精卵の質が悪い 着床が難しい 年齢 その他 ()

17. これまで受けていた検査について該当する項目に○をつけ、記入して下さい。

ホルモン検査	検査日: 年 月	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 高プロラクチン血症 <input type="checkbox"/> 甲状腺異常
通水・通気・子宮卵管造影	検査日: 年 月	<input type="checkbox"/> 多嚢胞性卵巣症候群 <input type="checkbox"/> その他 ()
ヒューナーテスト (性交渉後検査)	受けた回数 回	良い 回 普通 回 悪い 回
精液検査	受けた回数 回	良い 回 普通 回 悪い 回
腹腔鏡検査	検査日: 年 月	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 癒着
子宮鏡検査	検査日: 年 月	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> ポリープ <input type="checkbox"/> 炎症

18. 今までの不妊治療について 該当項目に○を付け、わかることは詳しく記載して下さい。

排卵誘発剤の使用 (○ ある ○ ない)	内服薬: ○ クロミッド ○ セロフェン ○ セキシビスト ○ その他	薬や注射で卵胞は育ちましたか (○ 無 ○ 1~2個 ○ 多数)
使用期間 ヶ月	注射: ○ 毎日 ○ 1日おき ○ 時々	副作用 (○ 卵巣腫大 ○ 気分不良 ○ 入院)
タイミング療法 回	年 月 ~ 年 月	
人工授精 回	年 月 ~ 年 月	最後の人工授精: 年 月
受けた治療について	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結融解胚移植	
採卵回数 回	施設名:	最後の採卵: 年 月
新鮮胚移植 回	施設名:	最後の新鮮胚移植: 年 月
うち胚盤胞移植 回		
凍結融解胚移植 回	施設名:	最後の融解胚移植: 年 月

※治療を受けるにあたっての不安やクリニックへの希望があればお書きください。