

(当院記入欄) \* 血圧 \* 脈拍  
 \* 肌あれ \* 乳漏 \* 月経前乳房緊満感  
 \* G P \* 不妊期間 年  
 \* 基礎体温表持参 無・有 (高温相 日目)  
 \* BMI \* 体重変動 無・有 (本人: 夫: )  
 \* 紹介状 無・有

-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*

## 問 診 票

記載日 西暦 年 月 日

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 西暦 年 月 日 血液型 Rh( )

1. どのような診察を希望されますか？ あてはまるものに○をお付け下さい。

- 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 ( )

2. 現在の年齢

妻 歳 夫 歳

3. 結婚年齢

妻 歳 夫 歳

4. 婚約中・独身 (パートナー: あり・なし)

5. 離婚歴: 有・無 (本人・夫) 離婚年齢 ( 歳) 前パートナーとの子供 ( 人)

6. 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 [ ])

夫職業 ( ) 勤務時間 ( : ~ : ) 休日 (土・日・祝・その他 [ ])

## 7. 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 ない・ある

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	・子宮筋腫 歳	・精神病 歳
	・性病 ( 淋病・クラミジア ) 歳		・その他 歳 ( )	
手 術	・卵巣 歳	・子宮筋腫 歳	・その他 歳 ( )	

◎子宮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 結果: )

◎風疹ワクチン予防接種を受けたことありますか？ ない・ある ( 年 月 日)

夫・パートナー ない・ある

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	・性病 歳
	・その他 歳 ( )			
手 術	・単径ヘルニア 歳	・その他 歳 ( )		

## 8. アレルギーについて ない・ある

アレルギー物質名とその症状を記入してください。

薬剤・食物・その他 薬剤名やアレルギー物質名と症状 ( )

## 9. 常用薬について ない・ある ( 妻・夫 (パートナー))

心臓病・精神安定剤・降圧剤・その他 (薬品: )

## 10. ご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)

\*ご自身の血縁関係の方

	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. お酒はのみますか いいえ・はい (週に 回 量)

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 ( )

医療法人 杏月会 空の森 クリニック

〒901-0406 沖縄県島尻郡八重瀬町字屋宜原 229 番地の 1

TEL: 098-998-0011 FAX: 098-998-0022

## 11. 健康状態について

- 夫・パートナー 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. お酒はのみますか \_\_\_\_\_ いいえ・はい (週に \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 量)
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) \_\_\_\_\_ 日周型

生理は順調ですか \_\_\_\_\_ はい・いいえ

生理痛はありますか \_\_\_\_\_ いいえ・はい (鎮痛剤の使用: あり・なし)

一番最近の生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か? \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで \_\_\_\_\_ 日周期

## 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ください。

	妊娠年月 (歳)	妊娠週数 または月	自然妊娠または 治療後妊娠 (治療後は治療内容)	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	年 月 ( _____ 歳)		自然 治療 ( _____ )		男・女 _____ g (自然分娩・帝王切開)	
2	年 月 ( _____ 歳)		自然 治療 ( _____ )		男・女 _____ g (自然分娩・帝王切開)	
3	年 月 ( _____ 歳)		自然 治療 ( _____ )		男・女 _____ g (自然分娩・帝王切開)	
4	年 月 ( _____ 歳)		自然 治療 ( _____ )		男・女 _____ g (自然分娩・帝王切開)	

14. 夫婦生活の回数 : 1カ月に \_\_\_\_\_ 回・SEX LESS

15. 性交痛 : ない・ある

16. 結婚後の避妊期間: ない・ある ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )

17. 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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 まで

病院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 まで

病院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 まで

病院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 まで

病院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 まで

医療法人 杏月会 空の森 クリニック

〒901-0406 沖縄県島尻郡八重瀬町字屋宜原 229 番地の 1

TEL: 098-998-0011 FAX: 098-998-0022

## 18. 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(                      )

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

ホルモン検査	検査日:      年      月	異常なし・高プロラクチン血症 多嚢胞性卵巣症候群・甲状腺機能異常・その他			
通水・通気・子宮卵管造影	検査日:      年      月	問題なし      ・      悪い( 右卵管・左卵管 )			
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	問題なし      ・      内服薬      ・      癒着			
子宮鏡検査	検査日:      年      月	問題なし      ・      ポリープ      ・      炎症			

## 20. 今までの不妊治療について      該当項目に○をつけ、わかることは詳しく記入して下さい

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 セキノビスト・その他 )	薬や注射で卵胞は育ちましたか ( 無・1~2個・多数できた )
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○をつける	・体外受精                      ・顕微授精	・新鮮胚移植                      ・凍結融解胚移植
採卵      回	施設名:	最後の採卵      年      月
新鮮胚移植      回	施設名:	最後の胚移植      年      月
(うち胚盤胞胚移植      回)		
凍結融解胚移植      回	施設名:	最後の胚移植      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。