

記入日:西暦 _____年____月____日

NO. _____

女性用問診票

※ 不妊治療歴 : 有 無
※ 妊娠歴 : 有 無

ふりがな

名前 _____ ご職業 _____

生年月日(S H R)_____年 西暦 _____年 ____月 ____日 年齢 _____歳

郵便番号 _____ 住所 _____

電話番号 携帯 _____ 自宅 _____

身長 _____cm 体重 _____kg 血液型 _____型

飲酒 無 有 : _____ml/日 タバコ 無 有 : _____本/日

問1 ご結婚されていますか

いいえ → 婚約中 内縁 独身

はい → *結婚年齢 : _____歳 (初婚 再婚)*結婚した年 : (H R) _____年____月

*夫 : 年齢 _____歳 ご職業 _____

問2 避妊期間はありましたか

いいえ はい _____年____ヵ月

問3 お子様を希望されてどのくらいたちますか

_____年____ヵ月

問4 性生活についてお答え下さい

一ヶ月の性交回数 : _____回

問5 月経歴についてお答え下さい

一番最近の月経 : _____月 ____日 ~ _____月 ____日

* 初潮 : _____歳

* 基礎体温 : 無 有(二相性 変化無し よくわからない) *月経周期 : 約_____日周期 不明

* 月経痛 : 無 軽い 重い * 出血量 : 少量 中量 多量

問6 子宮がん検査を受けたことがありますか

いいえ はい 西暦 _____年 ____月 結果 : 正常 異常

問7 性病にかかったことがありますか

いいえ はい (_____歳 : 病名_____ 治療 : 未 済)

問8 内服薬や注射・造影剤でアレルギー反応を起こしたことがありますか

いいえ はい (原因 : _____)

問9 喘息にかかったことがありますか

いいえ はい (_____ 歳 治療 : 未 済、内服 : _____)

問10 甲状腺に関する病気にかかったことはありますか

いいえ はい (_____ 歳 病名 : _____ 内服 : _____)

問11 上記以外に今までかかったことのある病気や持病はありますか

いいえ はい

(_____ 歳 病名: _____ 手術: _____ 内服: _____)

(_____ 歳 病名: _____ 手術: _____ 内服: _____)

(_____ 歳 病名: _____ 手術: _____ 内服: _____)

(_____ 歳 病名: _____ 手術: _____ 内服: _____)

問12 妊娠の経験がある方のご記入ください

分娩 _____回 生児数 _____回 自然流産 _____回 人工中絶 _____回

1,(西暦) _____年 _____月 妊娠 _____週(男・女) 分娩(経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 (_____)

児の異常 無 有 (_____)

2,(西暦) _____年 _____月 妊娠 _____週(男・女) 分娩(経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 (_____)

児の異常 無 有 (_____)

3,(西暦) _____年 _____月 妊娠 _____週(男・女) 分娩(経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 (_____)

児の異常 無 有 (_____)

4,(西暦) _____年 _____月 妊娠 _____週(男・女) 分娩(経膣 帝王切開 死産) 流産 中絶

妊娠中の異常 無 有 (_____)

児の異常 無 有 (_____)

5,その他・追記 (_____)

問13 現在不妊に関して悩みや困っていることがありますか

(_____)

問14 当院で希望する治療について当てはまるもの全てにチェックをつけて下さい

検査を受けたい タイミング法を受けたい 人工授精をしたい 体外受精をしたい

その他(_____)

問15 当院を知ったきっかけを教えてください

ホームページを見た 友人・知人から聞いた 家・職場の近く その他(_____)

他院での治療について

問 1 他院での治療歴を教えてください

(病院名)

・ _____ 西暦 年 月 ~ 西暦 年 月
 ・ _____ 西暦 年 月 ~ 西暦 年 月
 ・ _____ 西暦 年 月 ~ 西暦 年 月

問 2 今までの受けた検査と結果をお答えください

- クラミジア検査 : 異常なし 異常あり → 治療: 済 未
- ホルモン検査(血液) : 異常なし 異常あり ()
- 卵管造影検査 : 異常なし 異常あり → 両閉塞 右閉塞 左閉塞 狭窄
- 卵管通水検査 : 異常なし 異常あり
- フーナーテスト : 異常なし 異常あり → 数が少ない 運動性がない
- 精液検査 : 異常なし 異常あり → 数が少ない 運動性がない 無精子
- その他 ()

問 3 不妊の原因と指摘された項目に全てチェックをお入れください

- 原因不明
- 卵管障害
- 排卵障害
- 子宮内膜症
- 子宮筋腫
- 子宮頸管の精子通過障害
- 精液の状態がよくない
- その他()

問 4 これまでに受けた治療法を教えてください

- 自然周期のタイミング法: 周期
- 内服による排卵誘発 : 周期 (薬剤名:)
- 注射による排卵誘発 : 周期 (薬剤名:)
- 人工授精 : 回
- 体外受精 : 回 → 新鮮胚移植 回(分割胚 回 胚盤胞 回)
凍結胚移植 回(分割胚 回 胚盤胞 回)
- 顕微授精 : 回 → 新鮮胚移植 回(分割胚 回 胚盤胞 回)
凍結胚移植 回(分割胚 回 胚盤胞 回)