

記入日：西暦 _____年____月____日 NO. _____

女性用問診票

ふりがな

名前 _____ ご職業 _____ ※不妊治療通院歴：□無 □有
※ 妊娠歴 : □無 □有

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
基礎体温 : □無 □有 (□二相性 □変化無し □よくわからない)

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: (西暦) _____年____月 離婚: (西暦) _____年____月 再婚: (西暦) _____年____月
夫: 年齢 _____歳 職業 _____ 身長 _____cm 体重 _____kg

問2 避妊期間がありましたか
□ 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/月

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
月経痛: □無 □軽い □重い 出血量: □多量 □中量 □少量 月経周期: □順調 □やや不順 □不順

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 (_____)

問9 喘息にかかったことがありますか
□ いいえ □ はい (_____ 歳)

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:)

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:)

(歳 病名:)

(歳 病名:)

問12 今まで手術を受けたことはありますか

☐ いいえ ☐ はい ()

問13 現在服用している薬はありますか

☐ いいえ ☐ はい ()

問14 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15 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16 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17 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)

_____ 西曆 _____ 年 _____ 月 ~ 西曆 _____ 年 _____ 月

_____ 西曆 _____ 年 _____ 月 ~ 西曆 _____ 年 _____ 月

_____ 西曆 _____ 年 _____ 月 ~ 西曆 _____ 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

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