

問 診 表

記入日

(ふりがな)
 妻 氏名 _____
 生年月日 _____ 年 月 日(歳)
 職 業 _____
 身 長: _____ cm 体 重: _____ kg

(ふりがな)
 夫 氏名 _____
 生年月日 _____ 年 月 日(歳)
 職 業 _____
 身 長: _____ cm 体 重: _____ kg

1. 受診理由 (複数回答可)

- ・ 子供が欲しい (第1子希望・第2子希望)
- ・ 性交ができない (勃起不全・射精しない)
- ・ セカンドオピニオン
- ・ その他 (_____)
- ・ 流産を繰り返す
- ・ 性交経験がない
- ・ 月経が来ない
- ・ 不正出血がある

2. 当院で希望する治療は何ですか？

- ・ タイミング療法
- ・ 人工授精
- ・ 体外受精
- ・ 顕微授精
- ・ カウンセリング
- ・ その他 (_____)

3. 月経について

- ・ 初経年齢: _____ 歳
- ・ 月経周期: _____ 日 (順 ・ 不順)
- ・ 月経痛: (なし ・ 軽い ・ 重い)
- ・ 出血量: (少量 ・ 中等量 ・ 多量)
- ・ 本日月経 _____ 日目 (最終月経 _____ 年 月 日より、出血 _____ 日間持続)

4. 結婚について

- ・ 結婚年齢: _____ 歳(初婚: _____ 年 月)(離婚: _____ 年 月)(再婚: _____ 年 月)
- ・ 現在: 入籍済 ・ 婚約中 ・ 事実婚 ・ 独身
- ※前パートナーとの間の妊娠の有無: ある ・ ない

5. 避妊期間はありますか？

- ・ ない
- ・ ある (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月の _____ ヶ月間 ・ _____ 年間)

6. 妊娠を希望されてどれくらいの期間が経過していますか？

- ・ (_____ 年 _____ ヶ月)

7. 妊娠されたことはありますか？

- 1) _____ 年 _____ 歳の時 (経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死亡) 妊娠 _____ 週 (男・女 _____ g)
- 2) _____ 年 _____ 歳の時 (経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死亡) 妊娠 _____ 週 (男・女 _____ g)
- 3) _____ 年 _____ 歳の時 (経膣分娩・帝王切開・流産・中絶・子宮外妊娠・死亡) 妊娠 _____ 週 (男・女 _____ g)

8. 今まで病気や手術をしたことがありますか？ (婦人科以外も含めて)

- ・ ない
- ・ ある (病気: _____)
- (手術: _____)

9. 子宮がん検診を受けたことがありますか？

- ・ ない
- ・ ある (_____ 年 _____ 月 結果: _____)

10. 喘息の診断を受けたことがありますか？

- ・ ない
- ・ ある → 発症 (_____ 年 _____ 月頃) / 現在治療 _____ ない・ある / 最終発作 (_____ 年 _____ 月頃)

11.アレルギーはありますか？

- ・薬物アレルギー ない ・ ある（薬または注射名： _____ ）
- ・その他のアレルギー ない ・ ある（ _____ ）

12.現在、使用している薬はありますか？

- ・ない ・ある（薬名： _____ ）

13.タバコは吸いますか？（電子タバコも含みます）

- ・吸わない ・吸っている（ _____ 本/日）

14.ご主人について

- ・今まで病気や手術をしたことがありますか？
 ・ない ・ある（病気： _____ 手術： _____ ）
- ・アレルギーはありますか？
 ・ない ・ある（ _____ ）
- ・タバコは吸いますか？（電子タバコも含みます）
 ・はじめから吸わない ・禁煙した ・吸っている（ _____ 本/日）

*** 今まで不妊症の検査や治療を受けたことがある方はお答えください***

1.下記検査を受けたことがありますか？

- ・子宮鏡検査：正常 ・ 異常（詳細： _____ ）
- ・子宮卵管造影検査：右（正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ 卵管水腫 ・ その他 _____ ）
 左（正常 ・ 閉塞 ・ 狭窄 ・ 癒着 ・ 卵管水腫 ・ その他 _____ ）
- ・精液検査：正常 ・ 異常

2.今までどのような治療をしましたか？

- ・タイミング療法 ない ・ ある（ _____ 周期）
- ・人工授精 ない ・ ある（ _____ 周期）
- ・体外受精/顕微授精 ない ・ ある

「ある」と答えた方は下の表に記入をお願いします

採卵年月日	卵巣刺激法		採卵数	移植済卵数	移植日（西暦）	分割卵/胚盤胞	移植胚数	妊娠の有無
1. 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法	hCG注射使用	個	個	/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> ショート法	あり・なし			/ /	/	個	
体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> アンタゴニスト法		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（カミット等）		個	個	/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> 自然周期				/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> 不明				/ /	/	個	
採卵年月日	卵巣刺激法		採卵数	移植済卵数	移植日（西暦）	分割卵/胚盤胞	移植胚数	妊娠の有無
2. 年 月 日 治療施設名	<input type="checkbox"/> ロング法	hCG注射使用	個	個	/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> ショート法	あり・なし			/ /	/	個	
体外受精・顕微授精	<input type="checkbox"/> アンタゴニスト法		受精卵数	凍結保存中卵	/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> 低刺激周期（カミット等）		個	個	/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> 自然周期				/ /	/	個	
	<input type="checkbox"/> 不明				/ /	/	個	