

## 問診票1

記入日：西暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

御主人氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)

生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)

身長: cm・体重: kg BMI ( )

身長: cm・体重: kg BMI ( ) 血

液型: 型 Rh (+・-・不明)

血液型: 型 Rh (+・-・不明)

BP ( / ) こちらで記入いたします。

住所 〒 ( - )

※病院から書類を郵送させていただくことがあります。院長名(西川和代)でお送りいたします。

電話番号 ( - ) 携帯電話 ( - )

緊急時連絡先(夫・その他 \_\_\_\_\_) ( - )

※緊急のご連絡の際に使用いたします。記入のご協力をお願いいたします。

## 1. 受診理由(複数回答可)

- a. 子供がほしい(第1子希望・第2子希望)    b. 流産を繰り返す    c. 月経がこない  
d. 不正出血がある    e. 性交ができない(勃起不全・射精しない)    f. 性交経験がない  
g. その他 ( )

## 2. 当院で希望する治療は何ですか?

一般不妊治療・人工授精・体外受精・顕微授精・カウンセリング・その他 ( )  
治療に対して伝えておきたいこと  
( )

## 3. 出生発育歴、月経歴など (わかる範囲で結構です)

- a. 初潮年齢: 才  
b. 月経周期: 日(順・不順)  
c. 出血の平均日数: 日間  
d. 月経痛(なし・軽い・重い)  
e. 出血量(多量・中等量・少量)  
f. 最終月経: 月 日より、出血 日間持続

4. 結婚歴 結婚年齢: 才(初婚: 年 月)(離婚: 年 月)(再婚: 年 月)  
現在: 婚姻中・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 日~ 年 月 日の ヶ月間・年間)

6. 不妊期間 ( 年 ヶ月)

7. 性生活 1ヶ月の性交回数: 回; 排卵日を(意識している・なんとなく・していない・わからない)

8. 妊娠の経験はありますか？ ない ある（今までの妊娠回数 回）

ある方は次にお答えください。（人工中絶 回、自然流産 回、分娩 回）

1. 西暦 年 月 治療歴 無 ・ 有（タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精）

□分娩（妊娠 週／ g）経膈・帝王切開・死産）□中絶 □流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・子宮外妊娠）

2. 西暦 年 月 治療歴 無 ・ 有（タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精）

□分娩（妊娠 週／ g）経膈・帝王切開・死産）□中絶 □流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・子宮外妊娠）

3. 西暦 年 月 治療歴 無 ・ 有（タイミング ・ 人工授精 ・ 体外受精）

□分娩（妊娠 週／ g）経膈・帝王切開・死産）□中絶 □流産（妊娠反応のみ・胎嚢確認・子宮外妊娠）

9. 今まで不妊治療、検査をしたことがありますか？ ない ・ ある（問診表2もご記入下さい）

10. 子宮がん検査（頸がん）をしたことがありますか？ ない ・ ある（最後に受けたのは 年 月）

11. 風疹について

a 予防接種を受けたことがありますか？ または罹ったことはありますか？

受けた（いつ： ） ・ 受けていない ・ 罹った（いつ： ）

b 抗体検査を受けたことがありますか？

受けた（いつ： 抗体あり ・ 抗体なし ） ・ 受けていない

12. 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

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患 ・ 性病（ ）

内膜症 ・ 子宮筋腫 ・ 内膜ポリープ

その他（ ）

|     | 病名 | 治療内容・内服薬 | 医療機関名 | 経過           |
|-----|----|----------|-------|--------------|
| 年 月 |    |          |       | 治療中・終了・経過観察中 |
| 年 月 |    |          |       | 治療中・終了・経過観察中 |

13. 喘息の診断を受けたことはありますか？

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

14. アレルギーはありますか？

・ 薬剤アレルギー ない ・ ある（薬または注射名： ）

・ 食品アレルギー ない ・ ある（ ）

※フルーツを食べて喉がイガイガしたことがありますか？ ない ・ ある

・ その他のアレルギー（花粉症 ・ いぬ ・ ネコ ・ アルコール綿 ）

15. 現在、内服している薬はありますか？

ない ある（薬名： ）

16. タバコは吸いますか？

はじめから吸わない・禁煙した・吸っている（喫煙開始年齢 歳・喫煙本数 本/日）

17. お酒は飲みますか？

飲まない・ほとんど飲まない・飲む → 頻度：毎日・週に（ ）回・月に（ ）回

18. 定期的にスポーツされる習慣はありますか？

いいえ ・ はい → どのくらいですか？（月 回）（週 回）（ 時間程度）

19. 睡眠時間は普段どのくらいですか？ 1日平均睡眠時間 約（ 時間）

20. お仕事はされていますか？ いいえ はい

はいの方 常勤・パート : 職業（ ） 勤務時間（ 時 ～ 時 ）

21. 当院までの通院時間 約 時間 分 通院手段（車・電車・バス・自転車・他 ）

22. 御主人について

a. 結婚年齢： 才（初婚・再婚） ※他パートナーとの間の妊娠の有無：ある・ない

b. 今まで病気や手術をしたことがありますか？

ない ある〔耳下腺炎（成人後のおたふくかぜ）・副睾丸炎・停留睾丸・糖尿病・高熱疾患・性病  
外陰部外傷・幼少時のソ径ヘルニア（脱腸）の手術・その他（ ）〕

c. タバコは吸いますか？

喫煙したことがない・喫煙経験はあるが、現在は禁煙している・喫煙中（ ）本/日

d. お酒は飲みますか？

飲まない・ほとんど飲まない・飲む 頻度：毎日・週に（ ）回・月に（ ）回

e. 職業（ ）

f. 不妊治療に理解や協力はしてもらえますか？

はい いいえ わからない

g. アレルギーがあればご記入下さい（ ）

23. ご家族について

同居家族（本人も含めて）（ ）人

夫 ・ 子 ・ 義父 ・ 義母 ・ 実父 ・ 実母 ・ その他（ ）

ご家族の健康状態（きょうだいには○をつけてください）

実父 （ ）歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）死別

実母 （ ）歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）死別

兄・弟・姉・妹（ ）歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）死別

兄・弟・姉・妹（ ）歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）死別

兄・弟・姉・妹（ ）歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）死別

義父 （ ）歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）死別

義母 （ ）歳 健康・高血圧・糖尿病・ガン・心臓病・その他（ ）死別

24. 当クリニックをどうやって知りましたか？ Yahoo! Google goo 不妊・未妊サイトなど

インターネット（検索エンジン又はサイト ）、検索用語（ ）

主治医の紹介（病院名： 医師名： ）

友人知人（おさしつかえなければお名前を教えてください： ）

その他（ ）

【他院にて治療経験のある方は問診表2もご記入お願い致します。】

## 問 診 票 2

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。

☆ どのような検査を受けましたか？

- A. 基礎体温 正常（二相性）・一相性・バラバラ
- B. ホルモン検査 正常・異常（詳細：\_\_\_\_\_）
- C. フーナーテスト（性交後試験）（ 年 月）良好・やや不良・不良・その他（\_\_\_\_\_）
- D. 子宮卵管造影または通水検査（ 年 月）
- 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（\_\_\_\_\_）
- E. クラミジア検査（ 年 月） 正常・異常〔抗体検査・抗原検査・不明〕
- F. 精液検査 正常・異常
- 精液量 \_\_\_\_\_ ml・濃度 \_\_\_\_\_ 万/ml・運動率 \_\_\_\_\_ %・奇形率 \_\_\_\_\_ %
- G. その他（\_\_\_\_\_）

☆ 今までどこで、どんな治療をしましたか？

病院名 \_\_\_\_\_（複数の病院に通院された方は全て記入してください）

治療内容（複数の病院に通院された方は治療周期の合計を記入してください）

- A. タイミング療法 ない ある
- 自然周期によるタイミング（\_\_\_\_\_）周期 最後に施行した時期（ 年 月）
- 排卵誘発剤（内服・内服＋注射・注射）を使用してのタイミング（\_\_\_\_\_）周期 最後に施行した時期（ 年 月）
- B. 人工授精 ない ある
- 自然周期による人工授精（\_\_\_\_\_）周期 最後に施行した時期（ 年 月）
- 排卵誘発剤（内服・内服＋注射・注射）を使用しての人工授精（\_\_\_\_\_）周期 最後に施行した時期（ 年 月）
- C. 妊娠の有無 ない ある（流産・子宮外妊娠・分娩）
- D. 体外受精、顕微授精 ない ある 詳細は次項にご記入ください。

体外受精治療歴（わからないところは空欄で構いません）

| 採卵/胚移植日<br>年/月/日 | 卵巣刺激法<br>*1) | 採卵数 | 受精卵数 | 受精法 | 移植胚数 | 移植時期<br>*2) | 凍結胚数 | 妊娠<br>*3) |
|------------------|--------------|-----|------|-----|------|-------------|------|-----------|
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |
|                  |              |     |      |     |      |             |      |           |

病院名 \_\_\_\_\_ ( 年 月 日)

病院名 \_\_\_\_\_ ( 年 月 日)

\*1) 卵巣刺激法

ロング : 採卵前周期から点鼻薬を使用し、採卵周期は連日注射

ショート : 採卵周期から点鼻薬を使用し、採卵周期は連日注射

アタゴニスト : 採卵周期は連日注射、後半はアンタゴニストを併用 (アタゴニスト ; 排卵を抑える注射)

内服と注射 : 飲み薬を服用し、注射も併用

内服のみ : 飲み薬のみ服用

自然 : 排卵誘発の薬・注射は使用しない

\*2) 移植時期

採卵から何日目、又は初期胚・胚盤胞等

\*3) 妊娠

(一) : 妊娠しない

(△) : 流産

(○) : 分娩