

不妊症問診票

ID _____

個人情報[※]は当院が診察に必要な用途以外には使用しません。

* 緊急時等にご連絡が必要な場合がありますので、以下の質問に正確にご記入ください。

(妻)	フリガナ 氏名	生年月日(西暦) 年 月 日(才) ご職業 ()
	携帯番号	メールアドレス
(夫)	フリガナ 氏名	生年月日(西暦) 年 月 日(才) ご職業 ()
	携帯番号	メールアドレス
ご住所	〒	
自宅電話		

1.【当院より電話、郵送等で連絡をする時に、病院名を出してもよいものに☑を付けて下さい。】

自宅電話 携帯電話 メール 病院名の入った封筒 ハガキ

※無記入の場合は全て可とみなします。

2.【当院をどのようにして知りましたか？(複数回答可)】

ホームページ 駅看板 友人、知人、医師からの紹介()

その他()

3.【宗教上の理由で受けられない治療はありますか？】

はい()

いいえ

4.【タバコは吸いますか？】

はい(本/日)

いいえ

5.【アレルギーはありますか？】

はい 薬品名・食物() () () ()

いいえ

6.【女性の身長、体重、血液型について】

身長 _____ cm、体重 _____ kg、血液型(A B O AB 型)、Rh(+ -)

7.【月経歴について】

初めての月経(初潮) ____才

最近あった月経は(西暦____年__月__日から__日間)

月経周期____日型(順 不順) __日間持続

(例:月経周期 28~32日型(順 不順 5日間持続)

8.【最後に子宮頸癌の健診を受けたのはいつですか?】

1年以内に受けた。(西暦____年__月)

1年以上前に受けた。(西暦____年__月)

受けていない。

9.【結婚歴について】

独身・婚約中

初婚(西暦____年__月)初婚時の年齢____才

再婚(西暦____年__月)再婚時の年齢____才

10.【妊娠歴について】

妊娠したことはありますか。(はい いいえ)

妊娠したことがある方はお答え下さい。 妊娠回数____回

年月日	妊娠方法	妊娠転帰	病院名
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産(週) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産(週) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産(週) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産(週) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠(子宮外妊娠)	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療後	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産(週) <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 異所性妊娠(子宮外妊娠)	

11.【出産歴について】

出産したことはありますか。(□はい □いいえ)

出産したことがある方はお答え下さい。 出産回数_____回

分娩日時	妊娠週数	分娩方法	分娩した病院	出生体重	男/女	お子様の状態
西暦 年 月 日	週 日	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開		g	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気()
西暦 年 月 日	週 日	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開		g	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気()
西暦 年 月 日	週 日	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開		g	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気()

12.【出産歴のある方で妊娠期間中に患った疾患名があれば教えて下さい。(複数回答可)】

- なし
- 早産 切迫早産 切迫流産 妊娠糖尿病 児頭骨盤不均衡 胎児奇形 胎児発育不全
- 分娩時大量出血 妊娠高血圧症候群 常位胎盤早期剥離 HELLP 症候群
- 子宮頸管無力症 前置胎盤 低置胎盤 羊水過多 羊水過少
- その他() () () ()

13.【風疹のワクチンについて(複数回答可)】

- 今まで接種したことがない
- 風疹の抗体価が正常範囲内だったため、風疹ワクチンを接種していない。
- 風疹ワクチンを接種したことがある。(西暦_____年__月)
- 風疹ワクチン接種を希望している。

14.【婦人科疾患の通院歴、手術歴があれば教えて下さい。(複数回答可)】

- なし
- 子宮頸部円錐切除術
- 子宮内膜ポリープ摘出術(□子宮鏡下手術 □経腔)
- 子宮筋腫核出術(□開腹手術 □腹腔鏡下手術 □子宮鏡)
- (→子宮筋腫核出術を受けたあとの分娩方法について、□自然分娩可能 □帝王切開)
- 卵巣のう腫核出術(□開腹手術 □腹腔鏡下手術)(□右側 □左側 □両側)
- 卵巣子宮内膜症核出術(□開腹手術 □腹腔鏡下手術)(□右側 □左側 □両側)
- 異所性妊娠(子宮外妊娠)(□開腹手術 □腹腔鏡下手術)(□右側 □左側 □両側)
- 卵管水腫に対しての手術(□開腹手術 □腹腔鏡下手術)(□右側 □左側 □両側)
- 卵管鏡(□右側 □左側 □両側)

15.【今までに指摘されたことのある病気はありますか？(複数回答可)】

- ない
- 採血異常 尿異常 胸部レントゲン異常 心電図異常
- 高血圧 心筋梗塞・心不全・先天性心疾患 血管障害 血栓症 血液凝固障害
- 甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症(バセドー病) 甲状腺機能低下症(橋本病))
- 腎機能障害 糖尿病 摂食障害 高度肥満(BMI27以上) 肝炎
- 精神疾患(てんかん・精神科受診・心療内科受診・神経内科受診)
- 膠原病(SLE、慢性関節リウマチ・その他_____)
- 悪性腫瘍(婦人科系(乳がん、子宮癌) 白血病 その他_____)
- その他(_____)(_____)(_____)(_____)

16.【産婦人科疾患以外で今まで手術や病気(入院)をしたことがありますか？】

- はい(はいの場合は下に詳しくお書き下さい)
- いいえ

年齢	病名	病院	入院歴	手術歴	治療
才			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
才			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
才			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
才			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
才			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

17.【現在何か薬を飲んでいらっしゃいますか？】

- はい 薬品名(_____)(_____)(_____)(_____)
- いいえ

18.【ご主人様は今まで病気や手術をしたことがありますか？(複数回答可)】

- なし
- 男性不妊に対して手術を受けたことがある(精索静脈瘤 TESE MESA)
- 耳下腺炎(成人後のおたふくかぜ) 副睾丸炎 停留睾丸 幼少期のソ径ヘルニアの手術
- 外陰部外傷 性病 治療あるいは経過観察中(病名 _____)

19.【不妊期間について】

いつ頃から妊娠を希望されましたか？

結婚前から(西暦_____年____月:_____歳)

結婚後から(西暦_____年____月:_____歳)

結婚後、しばらく経過してから(西暦_____年____月:_____歳)

避妊期間があった(避妊期間:西暦_____年____月 ~ 西暦_____年____月)

20.【性生活について】

1ヶ月間の性交回数_____回

セックスレス(西暦_____年____月から)

21.【今までご自身でされていた、または継続している不妊治療はありますか？】

なし

基礎体温表 排卵日予測検査薬 排卵アプリ

葉酸サプリ

その他(_____)

22.【当院でご希望される不妊治療はどれですか？(複数回答可)】

タイミング療法から

人工授精(AIH)から

体外受精・顕微授精などの高度生殖医療から

他施設で行った不妊治療の second opinion を聞きたい

23.【お子さんは何人ほしいですか？】

将来的に何人のお子さんを希望されますか？お子さん_____人を希望

子供をまずは1人欲しい

子供は1人だけ欲しい

子供はあと1人欲しい

子供を絶対2人以上欲しい

24.【血縁者に特別な病気の方がいますか？】

いいえ

はい

例：父 糖尿病

25～27 の設問は、他院で不妊治療、検査をお受けになった方のみご記入ください。）

25.【今までどのような検査を受けましたか？】

- AMH 検査
- ホルモン検査:正常 異常を指摘された(_____)
- クラミジア検査(採血 子宮頸部を擦った検査)
 - (正常 異常で治療済み 異常で治療せず)
- 子宮卵管造影検査(両側とも通っている 片側のみ通っている 両側とも閉鎖している)
- 染色体検査 抗核抗体 抗精子抗体 抗カルジオリピン抗体
- 精液検査(自然妊娠できるレベル 人工授精レベル 体外受精レベル 顕微受精レベル)

26.【今まで指摘された病名はありますか？】

- 高プロラクチン血症
- 子宮筋腫 子宮内膜ポリープ 子宮腺筋症
- 子宮内膜症 卵巣のう腫 卵管留水腫
- 多のう胞性卵巣 卵巣過剰刺激症候群 糖耐糖能異常 肥満
- 早発閉経 染色体異常
- その他(_____)(_____)(_____)

27.【今までどこの病院でどのような不妊治療をされたか教えてください。】

病院名と不妊治療期間	治療内容
病院名 _____ 西暦 年 月から 西暦 年 月まで	<input type="checkbox"/> タイミング療法(____周期) <input type="checkbox"/> 人工授精(____周期) <input type="checkbox"/> 採卵____回 <input type="checkbox"/> 移植____回(新鮮胚移植____回 融解胚移植____回)
病院名 _____ 西暦 年 月から 西暦 年 月まで	<input type="checkbox"/> タイミング療法(____周期) <input type="checkbox"/> 人工授精(____周期) <input type="checkbox"/> 採卵____回(____) <input type="checkbox"/> 移植____回(新鮮胚移植____回 融解胚移植____回)
病院名 _____ 西暦 年 月から 西暦 年 月まで	<input type="checkbox"/> タイミング療法(____周期) <input type="checkbox"/> 人工授精(____周期) <input type="checkbox"/> 採卵____回(____) <input type="checkbox"/> 移植____回(新鮮胚移植____回 融解胚移植____回)

問診票の記載をいただき、ありがとうございました。

紹介状をお持ちの方は問診票と一緒に受付に提出して下さい

前医のデータがある場合、提出してください。当院でもデータをコピーし、管理致します。