

問診票

|              |      |                |        |
|--------------|------|----------------|--------|
| 本人           | ふりがな | 身長： cm         | 体重： kg |
|              | 氏名 歳 | 血液型： 型 Rh(+・-) | 職業：    |
| 夫<br>(パートナー) | ふりがな | 身長： cm         | 体重： kg |
|              | 氏名 歳 | 血液型： 型 Rh(+・-) | 職業：    |

1. 受診された目的はどれですか？（複数選択可） 不妊期間： 年 か月

- 異常がないか検査を受けたい
- 不妊治療を受けたい（治療歴：あり・なし）
  - タイミング療法     人工授精     体外受精
- 相談したい \_\_\_\_\_
- セカンドオピニオン（通院施設： \_\_\_\_\_）

2. アレルギー、嗜好品について

|  |
|--|
| 薬物アレルギー：なし・あり（ <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |
| *薬品名が分かる場合、記入して下さい（ _____ ）  |
| 食物アレルギー：なし・あり（ <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ナッツ類 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） |
| その他：なし・あり（ <input type="checkbox"/> ゴム・ラテックス <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）  |
| 喫煙：吸わない・やめた（ _____ ～ 歳まで）・吸う（ _____ 本/日、 _____ 歳から）  |
| 飲酒：飲まない・飲む（ _____ 回/週）   |
| 常用薬剤：なし・あり（ _____ ）  |

3. 持病、既往歴について

※子宮・卵巣などの婦人科疾患だけでなく、クラミジア感染、高血圧、糖尿病、甲状腺機能異常、自己免疫疾患、遺伝病などの持病についてもご記入下さい。

| 病名 | 発病年齢 | 時期(年月) | 治療経過        | 治療施設 |
|----|------|--------|-------------|------|
|    | 歳    | 年 月    | 治療済・治療中・未治療 |      |
|    | 歳    | 年 月    | 治療済・治療中・未治療 |      |
|    | 歳    | 年 月    | 治療済・治療中・未治療 |      |
|    | 歳    | 年 月    | 治療済・治療中・未治療 |      |

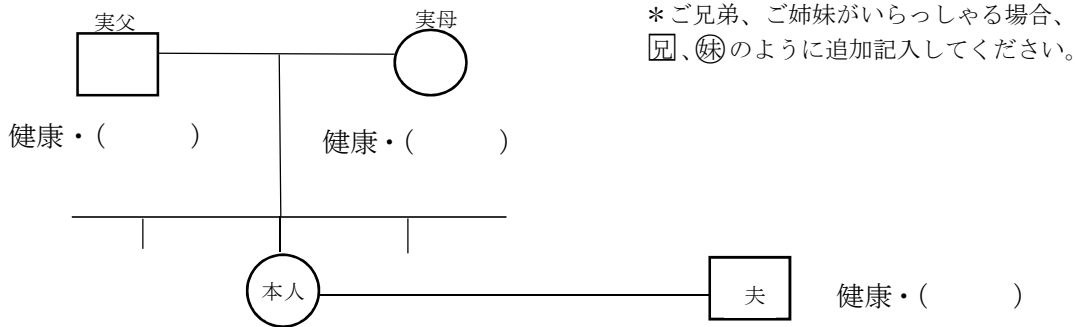
4. 手術歴について

| 病名 | 手術名 | 年齢 | 時期(年月) | 実施施設 | 合併症や輸血など |
|----|-----|----|--------|------|----------|
|    |     | 歳  | 年 月    |      |          |
|    |     | 歳  | 年 月    |      |          |
|    |     | 歳  | 年 月    |      |          |

5. お体で不自由なところはありますか？

- ない  ある（ \_\_\_\_\_ ）

6. 家族歴について（高血圧、糖尿病、がん、遺伝性の疾患がある場合、カッコ内にご記入ください。）



7. 夫婦生活について

- ・頻度： 回/週・月 性交痛（なし・あり）
- ・夫について：勃起できない・挿入できない・射精できない  
激務・単身赴任中（国内・海外）

8. 婚姻歴について

|              |                             |  |
|--------------|-----------------------------|--|
| 本人           | <input type="checkbox"/> 初婚 | 入籍年月日： 年 月 日 ( 歳)                                  |
|              | <input type="checkbox"/> 再婚 | 離婚年月日： 年 月 日 ( 歳) 再婚年月日： 年 月 日 ( 歳)<br>前夫との子：なし・あり |
|              | <input type="checkbox"/> 未婚 | 入籍予定：なし・あり (20 年 月)                                |
| 夫<br>(パートナー) | <input type="checkbox"/> 初婚 |  |
|              | <input type="checkbox"/> 再婚 | 前妻との子：なし・あり  |

9. 妊娠歴について（あり・なし） 化学的妊娠（あり・なし）

| 年月日<br>(年齢)      | 妊娠                      | 妊娠経過                     | 週数 | 児の性別<br>出生体重 | 妊娠中や分娩時の異常 | 病院名 |
|------------------|-------------------------|--------------------------|----|--------------|------------|-----|
| 20 年 月 日<br>( 歳) | 自然・タイミング療法<br>人工授精・体外受精 | 経膈分娩・帝王切開<br>流産・異所性妊娠・中絶 | 週  | 男・女<br>g     |            |     |
| 20 年 月 日<br>( 歳) | 自然・タイミング療法<br>人工授精・体外受精 | 経膈分娩・帝王切開<br>流産・異所性妊娠・中絶 | 週  | 男・女<br>g     |            |     |
| 20 年 月 日<br>( 歳) | 自然・タイミング療法<br>人工授精・体外受精 | 経膈分娩・帝王切開<br>流産・異所性妊娠・中絶 | 週  | 男・女<br>g     |            |     |
| 20 年 月 日<br>( 歳) | 自然・タイミング療法<br>人工授精・体外受精 | 経膈分娩・帝王切開<br>流産・異所性妊娠・中絶 | 週  | 男・女<br>g     |            |     |

10. 月経について

|                                    |  |         |
|------------------------------------|--|---------|
| 最終月経：20 年 月 日～                     | 授乳：なし・あり・断乳後 ( か月)                       | 初経年齢： 歳 |
| 月経周期： ～ 日 (月経周期不順：なし・あり)           | 持続期間： 日間                                 |         |
| 月経量：多・普通・少                         | 月経痛：無・軽・中・重 (下腹部痛・腰痛・頭痛・吐き気) (鎮痛剤 なし・あり) |         |
| その他の症状 不正出血・乳房腫瘍・異常乳汁 (漏出)・その他 ( ) |  |         |

11. 検査・治療歴について

受けた検査に○をして記入してください。

|  |                 |          |                   |
|--|-----------------|----------|-------------------|
|  | 子宮頸がん検診         | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | 風疹抗体検査          | 20 年 月 日 | 正常・異常： ワクチン接種 有・無 |
|  | 麻疹抗体検査          | 20 年 月 日 | 正常・異常： ワクチン接種 有・無 |
|  | ホルモン検査          | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | AMH(抗ミュラー管ホルモン) | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | TSH(甲状腺刺激ホルモン)  | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | 抗精子抗体           | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | 子宮卵管造影検査        | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | クラミジア検査         | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | フーナーテスト         | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | 精液検査            | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | 肝炎 (B 型、C 型)    | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | 梅毒              | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |
|  | HIV             | 20 年 月 日 | 正常・異常：            |

①病院名： \_\_\_\_\_、20 年 月 日～20 年 月 日

②病院名： \_\_\_\_\_、20 年 月 日～20 年 月 日

受けた治療に○をして記入して下さい。

|  |           |   |   |
|--|-----------|---|---|
|  | タイミング療法   | 回 | 自然周期・クロミッド・注射・他                                     |
|  | 人工授精      | 回 | 自然周期・クロミッド・注射・他                                     |
|  | 体外受精 (採卵) | 回 | ロング法・ショート法・アンタゴニスト法<br>クロミッド法・クロミッド+HMG/FSH 法・自然周期法 |
|  | 新鮮胚移植     | 回 |   |
|  | 凍結融解胚移植   | 回 | 完全自然周期・レトロゾール周期・ホルモン補充周期                            |

12. 診察、治療についてご本人の希望はありますか？

\_\_\_\_\_

13. ご主人様は、不妊治療についてどのようにお考えですか？

\_\_\_\_\_

14. 受診・治療について不安はありますか？当てはまるところに○をつけてください。

とても不安・少し不安・あまりない・まったくない

15. 当院を何で知りましたか？

紹介 (かかりつけ医・友人・家族)

看板を見て (駅構内・当ビル・その他)

口コミサイト

その他 ( \_\_\_\_\_ )

Nsサイン