

〈問診票①〉

年 月 日記入

ふりがな

氏名 様 年齢 歳 職業

血液型: 型 Rh型: 十・一 身長 cm 体重 kg BMI

1. 月経について教えてください。

最終月経 月 日 ~ 月 日、月経 日目

- ・初経 才
- ・月経周期 順調 日型
不順 日 ~ 日
- ・月経期間 日間
- ・月経痛について (強 ・ 弱 ・ 無)
→強い方はどのように対処していますか?
例; 鎮痛剤
- ・月経の量について (多 ・ 普通 ・ 少)
→多い方は塊がでますか? (無 ・ 有)

2. アレルギー・体質について、教えてください。

- ・喘息 (小児喘息含む) (無 ・ 有)
治療 (無 ・ 有) かかりつけ: 最終発作
- ・食物アレルギー - (無 ・ 有 ;)
- ・薬物アレルギー - (無 ・ 有 ;)
- ・その他アレルギー - ; 花粉症、アトピー、アルコールなど
(無 ・ 有 ;)

3. 婦人科疾患について、教えてください。

今までに婦人科を受診したことがありますか? (無 ・ 有)

- ・クラミジアにかかったこと (無 ・ 有)
そのときの治療歴 (無 ・ 有)
現パートナーとの治療歴 (無 ・ 有)
- ・子宮筋腫、子宮腺筋症 (無 ・ 有 歳から)
大きさ・種類
手術; (無 ・ 有)
手術様式; (開腹 ・ 腹腔鏡 ・)
- ・卵巣腫瘍 (無 ・ 有 歳から)
(右 ・ 左) 大きさ
(チョコレート嚢腫 ・ 皮様嚢腫 ・ のう胞 ・)
手術; (無 ・ 有)
手術様式; (開腹 ・ 腹腔鏡 ・)
- ・子宮頸がん 健診 (無 ・ 有)
最終健診 年 月
結果
手術; (無 ・ 有)
手術様式; 円錐切除術・()

・その他の婦人科で指摘された疾患
()

4. 性交について

- ・性交の経験 (無 ・ 有)
- ・性交痛 (無 ・ 有)
- ・避妊 (無 ・ 有 ;)
- ・勃起できない ・ 射精できない ・ 挿入できない

5. その他の疾患、現在の健康状態について

- ・現在、治療している病気はありますか?
(無 ・ 有 ;)
- ・風疹に罹ったこと (無 ・ 有)
ワクチン接種歴 (無 ・ 有)
抗体価検査 (無 ・ 有 ;)
- ・麻疹に罹ったこと (無 ・ 有)
ワクチン接種歴 (無 ・ 有)
抗体価検査 (無 ・ 有 ;)
- ・今までに入院や手術をしたことがありますか?
入院 歳 病名
歳 病名
手術 歳 病名
歳 病名
麻酔の種類 (全身麻酔 ・ 局所麻酔)

- ・麻酔によるトラブルはありましたか? (歯科治療含む)
(無 ・ 有 ;)
- ・輸血をしたことがありますか? (無 ・ 有)

6. 生活習慣について

- ・現在、喫煙しますか? (無 ・ 有 本/日)
喫煙歴 (無 ・ 有 ~ 歳まで、 本/日)
- ・お酒を飲みますか? (無 ・ 有 ; 毎日 ・ 時々)
- ・現在、使用している薬はありますか?
(無 ・ 有 ;)
- ・葉酸サプリの内服
(無 ・ 有)

7. ご家族のご病気について、教えてください。

- 例) 糖尿病・高血圧・癌・アレルギー・遺伝子疾患など
- 実父; 健康 ・ ()
 - 実母; 健康 ・ ()
 - 兄弟; 健康 ・ ()
 - 姉妹; 健康 ・ ()

A4用紙に印刷の上、黒ボールペンでご記入下さい。(温度変化で筆跡が消失するようなものは使用しないでください。)

8. あなたの婚姻歴について、教えてください。

未婚(入籍未定・入籍予定 年 月 日)

既婚(歳、 年 月 日～)

離婚歴 無・有(歳から 歳まで)・死別

ご主人氏名: 年齢

身長 cm 体重 kg 職業

喫煙 無・有(本/日)・禁煙中

一緒に住んでいる・住んでいない・単身赴任中(国内・海外)

ご主人: 離婚歴 無・有(歳～ 歳)・死別

9. 妊娠について、教えてください。

*現在のパートナー以外について該当することも、ご記入下さい。

・妊娠をしたことがありますか? 無・有(回)

・出産をしたことがありますか? 無・有(回)

・流産をしたことがありますか? 無・有(回)

・人工妊娠中絶をしたことはありますか? 無・有(回)

*流産、人工妊娠中絶、異所性妊娠などを含み、

今までの妊娠の経過について教えてください。

年月日: 週数: 週

妊娠経過: 分娩(正常・異常)・流産・異所性妊娠・中絶

性別: 男・女 出生体重: g

妊娠中や分娩時の異常:

病院名:

自然・自己タイミング(BBT・LH)・通院にてタイミング・TOI・ART

年月日: 週数: 週

妊娠経過: 分娩(正常・異常)・流産・異所性妊娠・中絶

性別: 男・女 出生体重: g

妊娠中や分娩時の異常:

病院名:

自然・自己タイミング(BBT・LH)・通院にてタイミング・IUI・ART

年月日: 週数: 週

妊娠経過: 分娩(正常・異常)・流産・異所性妊娠・中絶

性別: 男・女 出生体重: g

妊娠中や分娩時の異常:

病院名:

自然・自己タイミング(BBT・LH)・通院にてタイミング・IUI・ART

年月日: 週数: 週

妊娠経過: 分娩(正常・異常)・流産・異所性妊娠・中絶

性別: 男・女 出生体重: g

妊娠中や分娩時の異常:

病院名:

自然・自己タイミング(BBT・LH)・通院にてタイミング・IUI・ART

10. 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()

ありがとうございました。

引き続き、問診票②へのご記入をお願い致します。

〈問診票②〉

_____年 _____月 _____日記入

ふりがな

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 結婚年月日 _____年 _____月 _____日

1. 避妊をせずに性交渉をしている期間は、どのくらいですか? _____年 _____ヶ月

2. 今回、受診された目的はどれですか? *複数回答可。□にチェックを付けて下さい。

相談したい

セカンドオピニオン希望 (通院施設: _____)

異常が無いか検査を受けてみたい

精液検査を受けてみたい

不妊治療を受けてみたい

排卵誘発剤を使ってみたい

タイミング法を希望

人工授精 (子宮内精子注入) を希望

体外受精・顕微受精を希望

他院で検査や治療をしたが妊娠しなかったため、当院での治療をしたい

転院の理由: 妊娠しなかった・合わなかった・転居・その他

①病院名 _____ 年 _____月頃～ _____年 _____月頃まで

②病院名 _____ 年 _____月頃～ _____年 _____月頃まで

〈検査について〉

ホルモン検査 → (異常なし・異常あり _____)

子宮卵管造影検査 → (異常なし・異常あり _____)

フーナーテスト → (異常なし・異常あり _____)

クラミジア検査 → (異常なし・異常あり _____)

精液検査 → (異常なし・異常あり _____)

〈治療について〉

タイミング法 _____回 排卵誘発剤 (無・有 _____周期、使用薬剤 _____)

人工授精 _____回 排卵誘発剤 (無・有 _____周期、使用薬剤 _____)

体外受精

採卵 _____回 ロング法・ショート法・アンタゴニスト法・hMG/FSH法

クロミフェン法・クロミフェン+hMG/FSH法・完全自然周期法

胚移植 _____回 新鮮胚移植 : _____回

凍結融解胚移植: 自然排卵周期 _____回、ホルモン補充周期 _____回

A4用紙に印刷の上、黒ボールペンでご記入下さい。(温度変化で筆跡が消失するようなものは使用しないでください。)

3. 診察、治療についてご本人のご希望はありますか？

4. ご主人様は、不妊治療についてどのようにお考えですか？ 分かる範囲でお答え下さい。

5. 受診・治療に対し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。

とてもある ・ 少しある ・ あまりない ・ まったくない

ありがとうございました。

その他、何か気になることがありましたら、スタッフにご相談下さい。