

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 (パートナー)	ふりがな	身長： cm	体重： kg
	氏名 歳		職業：

※ 血液型につきましては、検査データがあれば持参してください。

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 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"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
喫煙：吸わない・吸う（ _____ 本/日、 _____ 歳から）
飲酒：飲まない・飲む（ _____ 回/週）
喘息：なし・あり 発症年齢 _____ 歳 西暦 _____ 年 _____ 月 最終発作 西暦 _____ 年 _____ 月 現在治療 なし・あり 使用薬剤（ _____ ）
麻酔を受けたことが なし・あり 麻酔の種類 全身麻酔・局所麻酔 *歯科の麻酔を含む 麻酔によるトラブル なし・あり（ _____ ）
常用薬剤：なし・あり（ _____ ）

3. 持病、既往歴について

※ 子宮・卵巣等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、遺伝病等の持病もご記入ください。

病名	発病年齢 時期(西暦 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	

4. 手術歴について

病名	手術名	年齢 時期(西暦 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

夫の健康状態 : 健康 病気あり ()

糖尿病の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
高血圧の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
癌の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
重篤な遺伝病の家族が	:	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹のうち)
その他の病気	:	()					

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: 20 年 月 日 (歳)
	<input type="checkbox"/> 再婚	離婚年月日: 20 年 月 日 (歳) 再婚年月日: 20 年 月 日 (歳) 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 (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) 化学流産 (あり・なし)

※ 化学流産とは子宮内に胎嚢 (赤ちゃんの袋) が見えないごく初期の妊娠/流産のことです。

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

10. 月経について (最近3ヶ月の状況) 本日生理 _____ 日目

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・異常乳汁 (漏出)・その他 ()		

11. 今までに行った不妊に関する検査 *以下に関する検査データがあれば持参してください。

受けた検査に○をして記入してください。ご自身で分かりにくい場合は、持参された検査データを元に当院で確認いたします。

子宮頸がん検査	20 年 月 日	異常 なし・あり
風疹抗体検査	20 年 月 日	HI 倍
麻疹抗体検査	20 年 月 日	IgG
成人以後の風疹ワクチン接種	20 年 月 日	
成人以後の MR 麻疹風疹ワクチン接種	20 年 月 日	
クラミジア抗体検査 (血液)	20 年 月 日	異常 なし・あり
クラミジア抗原検査 (おりもの)	20 年 月 日	異常 なし・あり
TSH(甲状腺刺激ホルモン)	20 年 月 日	異常 なし・あり
ホルモン検査 生理中	20 年 月 日	異常 なし・あり
ホルモン検査 高温期	20 年 月 日	異常 なし・あり
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	20 年 月 日	異常 なし・あり
抗精子抗体検査	20 年 月 日	異常 なし・あり
フーナー検査	20 年 月 日	異常 なし・あり
子宮卵管造影検査	20 年 月 日	異常 なし・あり
精液検査	20 年 月 日	異常 なし・あり
B型肝炎	20 年 月 日	異常 なし・あり
C型肝炎	20 年 月 日	異常 なし・あり
梅毒	20 年 月 日	異常 なし・あり
HIV	20 年 月 日	異常 なし・あり

12. 不妊に関する治療歴

①病院名： _____、20 ____年 ____月～20 ____年 ____月まで
受けた治療に○をして記入して下さい。

タイミング療法	回	使用した薬剤：
人工授精	回	使用した薬剤：
体外受精 採卵	回	ロング法・ショート法・アンタゴニスト法 クロミッド法・クロミッド+HMG/FSH 法・自然周期法
胚移植	回	ホルモン補充療法周期・自然周期
その他		

②病院名： _____、20 ____年 ____月～20 ____年 ____月まで
受けた治療に○をして記入して下さい。

タイミング療法	回	使用した薬剤：
人工授精	回	使用した薬剤：
体外受精 採卵	回	ロング法・ショート法・アンタゴニスト法 クロミッド法・クロミッド+HMG/FSH 法・自然周期法
胚移植	回	ホルモン補充療法周期・自然周期
その他		

13. 診察、治療についてご本人の希望はありますか？

14. ご主人様は、不妊治療についてどのようにお考えですか？

15. 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

Nsサイン