

不妊外来問診票

不妊症を治療するにあたって、原因を究明して、その人それぞれに応じた治療法を行うことが大切です。この問診票はその重要な手掛りとなるものです。解答内容に関する秘密は厳守いたしますので、詳しく正確にお書き下さい。

現在ご夫婦で考えている治療はどのような治療ですか

排卵誘発 タイミング療法まで 人工授精まで 体外受精・顕微授精

※ 当院では不妊検査のみ、タイミング療法のみはお受けしていません。

不妊原因の割合は男女で同率です。第2子不妊でも男性側の異常があることも多く見られます。
ご夫婦ともに検査を受けていただきます。

	氏 名	生年月日・年齢	職業・職種	身長	体重	血液型
ふりがな		年 月 日				型
あなた		歳				Rh
ふりがな		年 月 日				型
ご主人		歳				Rh

仕事はされていますか いいえ はい 勤務時間 : ~ : (常勤・パート 週 回)

結婚年月日はいつですか 年 月 日

避妊をやめてから何年何ヶ月たっていますか 年 月

性生活は月に何回くらいありますか 約 回

性生活に支障をきたすことがありますか 勃起障害・射精障害・生活時間のずれ・性交できない

現在の結婚は初婚ですか再婚ですか

{ あなた: 初婚 再婚 子供 あり なし
ご主人: 初婚 再婚 子供 あり なし

今までの妊娠経過について書いてください

妊娠回数 回 自然流産 回
分娩回数 回 中絶 回

分娩した年月	分 娩			
	分娩した週数	性別	体重	妊娠中・分娩時の異常の有無
① 年 月				
② 年 月				
③ 年 月				

		流産	中絶
		年 月	年 月
①	年 月	年 月	年 月
②	年 月	年 月	年 月
③	年 月	年 月	年 月

今までにうけた検査について教えてください

ホルモン検査 (異常なし 異常あり) フーナーテスト (異常なし 異常あり)
子宮卵管造影 (異常なし 異常あり) 卵管通水・通気検査 (異常なし 異常あり)
子宮鏡検査 (異常なし 異常あり) 腹腔鏡検査 (異常なし 異常あり)
精液検査 (異常なし 異常あり)

今までの不妊治療について書いてください(あてはまるものを○で囲みいつ頃か記入してください)

		医 療 機 関	治 療 内 容
年 月	から	年 月	排卵誘発(クロミフェン、HMG注射、hCG注射) タイミング療法(月) 人工授精(回) 体外受精(回) 顕微授精(回) 凍結融解胚移植(回)
年 月	から	年 月	排卵誘発(クロミフェン、HMG注射、hCG注射) タイミング療法(月) 人工授精(回) 体外受精(回) 顕微授精(回) 凍結融解胚移植(回)
年 月	から	年 月	排卵誘発(クロミフェン、HMG注射、hCG注射) タイミング療法(月) 人工授精(回) 体外受精(回) 顕微授精(回) 凍結融解胚移植(回)

今まで手術を受けたことがありますか はい・いいえ
“はい”の方はその内容
(産婦人科手術)
卵巣腫瘍摘出術 卵巣摘出術 子宮筋腫核出術 子宮内膜ポリープ切除術 卵巣焼灼術
子宮頸部円錐切除術 子宮外妊娠手術 卵管結紮 流産手術 その他()
(産婦人科以外の手術)

月経は順調ですか はい・いいえ 不順な時はどれくらいあきますか()

最近の月経はいつからですか 前回 年 月 日から 日間
今回 年 月 日から 日間

月経の周期はどれくらいですか 日 ~ 日周期

月経の量はどれくらいですか ①多量 ②普通 ③少量

月経痛はありますか はい・いいえ

“はい”の方はどの程度ですか ()

今までに婦人科を受診されたことはありますか はい:いつ頃 いいえ

今までに子宮がん検診を受けたことがありますか はい:いつ頃 いいえ

採血、内診、検査、注射で気分が悪くなったり、気を失ったことがありますか はい(何で:) いいえ

パニック障害、過呼吸、意識消失発作、てんかんがでたことがありますか はい いいえ

下記の病気を指摘されたことがありますか(あてはまるものを○で囲みいつ頃か記入してください)

1.子宮筋腫 2.子宮内膜症 3.子宮腺筋症 4.卵巣腫瘍 5.性病(クラミジア、性器ヘルペスほか)

6.子宮頸部の病気 7.子宮外妊娠 8.卵管結紮 9.糖尿病 10.高血圧 11.甲状腺疾患 12.自己免疫疾患

13.喘息 14.がん・悪性疾患 15.心疾患 16.肝疾患 17.腎疾患 18.血液疾患 19.精神科疾患

20.その他() 21.なし

飲酒はされますか はい(毎日・ときどき・たまに) いいえ

何を: どれ位の量のみますか:

たばこは吸いますか はい(本/日) 以前吸っていたがやめた(年前まで 年間喫煙)

いいえ

海藻類を好んで食べますか はい いいえ

イソジンのうがいをよくしますか はい いいえ

常用している薬やサプリメントはありますか はい いいえ

“はい”の方はどのような薬ですか()

アレルギーはありますか(くすり・食べ物・花粉など) はい いいえ

“はい”の方はどのようなアレルギーですか()

