



# 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方法全てに○をして下さい。

排卵誘発      タイミング療法      人工授精      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。

フリがな	氏名	生年月日・年齢 年 月 日	職業・職種	身長	体重	血液型
あなた		歳				Rh 型
フリがな		年 月 日				
ご主人		歳				Rh 型

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 ヶ月

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

分娩した年月		流産	中絶
① 年 月		ヶ月	ヶ月
② 年 月		ヶ月	ヶ月
③ 年 月		ヶ月	ヶ月

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)

治療期間	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(   )   (   )   (   )   (   ) 人工授精(   )   (   )   (   )   (   ) 顕微授精(   )   (   )   (   )   (   )
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(   )   (   )   (   )   (   ) 人工授精(   )   (   )   (   )   (   ) 顕微授精(   )   (   )   (   )   (   )
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(   )   (   )   (   )   (   ) 人工授精(   )   (   )   (   )   (   ) 顕微授精(   )   (   )   (   )   (   )

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( )

