

# 【問診票】

お名前(妻): ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日: T S H 年 月 日 ( 歳 )  
身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 職業: \_\_\_\_\_ 宗教: \_\_\_\_\_  
薬剤アレルギー: 無・有 (薬剤名 \_\_\_\_\_)

お名前(夫): ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日: T S H 年 月 日 ( 歳 )  
身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 職業: \_\_\_\_\_ 宗教: \_\_\_\_\_  
薬剤アレルギー: 無・有 (薬剤名 \_\_\_\_\_)

## 下記の質問に対して判る範囲で結構ですのでご記入下さい

### 1) 結婚についてお尋ねします

未婚・既婚(結婚してから 年 ヶ月)  
未入籍だが同居している( 年 ヶ月)・未婚だが結婚予定がある( 年 月頃)

### 2) 受診を希望した理由についてお尋ねします

- a. 妊娠を希望して(当院での不妊治療希望される方は裏面もご記入下さい)
- b. 生理(生理不順・不正出血・生理痛・その他 \_\_\_\_\_)
- c. おりもの(色: 血が混じる・白色・黄色、かゆみ: あり・なし、匂い: あり・なし)
- d. 痛みがある(下腹部痛・性交痛・外陰部痛・その他 \_\_\_\_\_)
- e. 検査(子宮癌検査・子宮筋腫・子宮内膜症・その他 \_\_\_\_\_)
- f. その他の相談(更年期症状・性病・なんども流産する・腔異物感・その他 \_\_\_\_\_)

### 3) 生理についてお尋ねします

初経は( )歳 閉経は( )歳  
最終月経は平成 年 月 日  
生理周期は順調( )日間・不順( )に1回  
生理痛は(ない・あるが軽度・普通・強度(鎮痛剤を服用して いる・いない))  
その他気になること( \_\_\_\_\_ )

### 4) 妊娠についてお尋ねします

妊娠したことがある(あり・なし)

妊娠年月日	分娩	分娩週数	流産	胎嚢	心拍	掻爬
年 月(自然・その他)	正常・帝王切開	週 日	週	有・無	有・無	有・無
年 月(自然・その他)	正常・帝王切開	週 日	週	有・無	有・無	有・無
年 月(自然・その他)	正常・帝王切開	週 日	週	有・無	有・無	有・無
年 月(自然・その他)	正常・帝王切開	週 日	週	有・無	有・無	有・無

### 5) 病気についてお尋ねします

現在( )のため通院中、薬剤は(なし・あり( ))

これまでに大きな病気をした(なし・あり)

病名	年齢	治療方法	現在	使用している薬剤
			完治・通院(週・月・年 回)	

6)ご家族についてお尋ねします

両親・兄弟に(高血圧・心臓病・癌・糖尿病・その他( ))がいる

7)当院をお知りになったきっかけをご記入下さい

- 1) \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生からのご紹介(紹介状あり・なし)  
 2) 知人に聞いて・雑誌で見て・インターネット・電話帳・電話相談をして・その他(\_\_\_\_\_)

**不妊治療を希望される方のみ下記の質問に対して判る範囲で結構ですのでご記入下さい**

1)結婚についてお尋ねします

結婚年月日: S H 年 月 日 現在結婚 \_\_\_\_\_ 年目

避妊期間: なし・あり( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月) 妊娠を希望してから( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月) 性交回数: 月 \_\_\_\_\_ 回程度

2)ご主人にお尋ねします

以下の病気にかかられたことがありますか

病名	年齢	治療方法	現在	使用している薬剤
ヘルニア			完治・通院(週・月・年 回)	
性病			完治・通院(週・月・年 回)	
泌尿器関係( )			完治・通院(週・月・年 回)	

現在( )のため通院中、薬剤は(なし・あり( ))

これまでに大きな病気をした(なし・あり)

病名	年齢	治療方法	現在	使用している薬剤
			完治・通院(週・月・年 回)	
			完治・通院(週・月・年 回)	
			完治・通院(週・月・年 回)	

3)不妊治療についてお尋ねします

不妊治療のため通院した経験が(なし・あり(治療を開始してから \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月))

ありと回答された方にお尋ねします

(子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症)を指摘されたことが(なし・あり)

(子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症)の治療を受けたことが(なし・あり(治療内容 \_\_\_\_\_ ))

以下の検査を受けられたことがありますか(なし・あり)

検査名	施行年月日	結果に問題は(なし・あり)	病院名
子宮卵管造影		閉鎖(右・左・両方)・狭い(右・左・両方)・その他	
通気・通水検査		閉鎖(右・左・両方)・狭い(右・左・両方)・その他	
精液検査		少ない・無精子・運動率が悪い・その他	
ヒューナーテスト		精子量が少ない・いない・動いていない・その他	
ホルモン検査			
子宮鏡検査			
抗精子抗体検査			
習慣性流産検査			
その他			

以下の手術を受けられたことがありますか(なし・あり)

手術名	施行年月日	手術内容	病院名
腹腔鏡			
開腹手術			
FT カテーテル			
その他			

以下の不妊治療を受けられたことがありますか(なし・あり)

治療名	施行年月日	回数	病院名
自然周期でのタイミング指導	年 月～ 年 月	回	
クロミフェン周期でのタイミング指導	年 月～ 年 月	回	
HMG 周期でのタイミング指導	年 月～ 年 月	回	
自然周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	
クロミフェン周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	
クロミフェン+HMG 周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	
HMG 周期での人工授精	年 月～ 年 月	回	

以下の不妊治療を受けられたことがありますか(なし・あり)

治療名	施行年月日	採卵数	受精率	胚移植	妊娠	病院名
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	
体外受精・顕微授精・その他( )	年 月	個	/	なし・あり	+・-	

採卵後に卵巣過剰刺激症候群を発症(しない・した(入院をした・しない))

凍結胚移植を行ったことはありますか(なし・あり( 回))

今回当院で望まれる治療について

- 1) 一般不妊治療 2)人工授精 3)体外受精 4)顕微授精 5)GIFT・ZIFT  
6)その他( )

当院での不妊治療にあたりご要望などがございましたらご記入下さい

---



---



---



---



---