

女性不妊問診票

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		職業	
自宅電話		携帯電話	
メールアドレス			
住所	〒		
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名 (パートナー)		職業	

※クリニックからのお電話は(個人名・病院名)、可能な時間帯(時 ~ 時)、留守番電(可・不可)

以下の質問にお答えください

記入漏れがありますとお預かりできませんので、わからない部分もあると思いますが、両面のご記入をなるべく詳しくお願いします

① どのような経緯でご来院になりましたか

- 夫婦生活をとっているが、なかなか妊娠に至らないため
 さまざまな理由により夫婦生活をとることが困難であるが、妊娠を希望しているため
 他院にて不妊検査や治療を行っていたが妊娠に至らないため
 その他 ()

② 当院で希望される治療内容についてお聞かせ下さい

- 不妊の検査 タイミング 人工授精 体外受精 セカンドオピニオン
 その他 ()

③ ご自身についておしえてください(当てはまる項目に✓をつけ記入をしてください)

- 独身 (婚約中 事実婚 その他)
 既婚 結婚時年齢 歳 結婚(西暦 年 月)
 (離婚歴 なし あり→元配偶者との子ども なし あり)

④ 不妊期間はどれくらいですか？

(年 ヶ月)

⑤ 現在の性生活について教えて下さい

- 1ヶ月の性交回数約 () 回 セックスレス 性交歴なし
 性交痛の有無 なし あり

⑥ 月経について教えて下さい

- 最終月経 月 日 より 日間
 月経周期 () 日~ () 日 順調 不順 無月経
 周期について 変わらない 長くなった 短くなった

⑦ 健康状態についてお聞かせ下さい
●既往歴についてご記入下さい

() 歳 病名 () 治療内容 ()
 () 歳 病名 () 治療内容 ()
 () 歳 病名 () 治療内容 ()

●喘息はありますか？ なし あり（最終発作 年 月頃）
 使用している薬剤名 ()

●アレルギーについて教えてください

食べ物や花粉などアレルギーはありますか？ なし あり ()
 過去に使用したお薬でアレルギーが出たことはありますか？なし あり ()

●喫煙歴について

なし あり→現在も吸っている 禁煙している（喫煙歴 年／1日あたり約 本）

●ご家族で次の病気に当てはまる方がいらしたら教えてください

糖尿病 高血圧 膠原病 心臓病 腎臓病 癌 肝炎 遺伝的な病気

●身長 () cm 体重 () kg

⑧ 妊娠歴のある方はご記入下さい

妊娠 () 回 出産 () 回 流産 () 回 中絶 () 回
 () 歳 経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 流産 中絶
 週数 () 週 出生体重 () g 性別 男児・女児
 () 歳 経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 流産 中絶
 週数 () 週 出生体重 () g 性別 男児・女児
 () 歳 経膈分娩 帝王切開 吸引分娩 流産 中絶
 週数 () 週 出生体重 () g 性別 男児・女児

⑨ 婦人科検診について教えてください

婦人科を受診したことはありますか？

なし あり

最後に子宮癌検診を受けたのはいつですか？

年 月頃 結果（異常なし・異常あり）

癌検診結果の異常や婦人科で指摘を受けたことがあればご記入下さい

()

⑩ 他院での検査・治療歴がある方はご記入下さい
●受けたことのある検査にチェックを入れて詳細をご記入下さい

子宮卵管造影検査 西暦 年 月 (異常なし・異常あり→)
通水検査 西暦 年 月 (異常なし・異常あり→)
精液検査 西暦 年 月 (異常なし・異常あり→)
クラミジア検査（採血）西暦 年 月 (異常なし・異常あり→)
AMH 西暦 年 月 ()
抗精子不動態抗体 西暦 年 月 (異常なし・異常あり→)
甲状腺検査 西暦 年 月 (異常なし・異常あり→)
風疹抗体価検査 西暦 年 月 (抗体あり→ ・なし)
 (予防接種 年 月頃施行)

●不妊治療歴について分かる範囲で詳細にご記入下さい

タイミング治療 回 (自然周期 回・誘発剤使用 回 薬剤名:)

人工授精 回 (自然周期 回・誘発剤使用 回 薬剤名:)

採卵

1回目 西暦 年 月 日 採卵 個 受精 個 凍結 個
 受精方法 (体外受精 ・ ICSI ・ 併用)

2回目 西暦 年 月 日 採卵 個 受精 個 凍結 個
 受精方法 (体外受精 ・ ICSI ・ 併用)

3回目 西暦 年 月 日 採卵 個 受精 個 凍結 個
 受精方法 (体外受精 ・ ICSI ・ 併用)

胚移植

1回目 西暦 年 月 日 新鮮胚移植 ・ 融解胚移植 : 結果 (出産・流産・陰性)

2回目 西暦 年 月 日 新鮮胚移植 ・ 融解胚移植 : 結果 (出産・流産・陰性)

3回目 西暦 年 月 日 新鮮胚移植 ・ 融解胚移植 : 結果 (出産・流産・陰性)

4回目 西暦 年 月 日 新鮮胚移植 ・ 融解胚移植 : 結果 (出産・流産・陰性)

5回目 西暦 年 月 日 新鮮胚移植 ・ 融解胚移植 : 結果 (出産・流産・陰性)

⑪ 当クリニックを受診するきっかけはなんですか？

以前より受診していた

医者からの紹介(病院名: 医師名: 先生)

友人・知人からの紹介(紹介者:)

自宅・学校・職場から近い

本・雑誌で見た(本・雑誌名:)

インターネット・SNS ()

その他 ()

※ありがとうございました

記入が終わりましたら受付スタッフへ渡してください