

不妊外来問診票

年 月 日

ID ()

○氏名

ふりがな		年齢
妻		
ふりがな		年齢
夫		

○結婚： _____年____月____日 / 婚約中
夫： 初婚 / 再婚 (子ども： 有 / 無)
妻： 初婚 / 再婚 (子ども： 有 / 無)

○不妊期間： _____年____ヶ月

○職業について

	職業・職種	残業	出張	転勤
夫		有 (____時間/月) / 無	有 (____日/月) / 無	有 / 無
妻		有 (____時間/月) / 無	有 (____日/月) / 無	有 / 無

○日常生活について

	食欲	アルコール	喫煙	睡眠
夫	良好 / 不振	毎日 / 時々 / 無	本/日 / 無	良好 / 不良
妻	良好 / 不振	毎日 / 時々 / 無	本/日 / 無	良好 / 不良

○夫婦生活： 1ヶ月の性交回数 (_____ 回)

○初潮は何歳の時ですか？ (_____ 歳)

○最近の月経は順調ですか？ はい / いいえ / 全くない

正常の月経： _____日周期

不順な周期：具体的に (_____)

最終月経： _____年____月____日から____日間

【裏面へ続きます】

○生理痛はありますか？

いいえ / はい → 下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他 ()
「はい」の方: 鎮痛剤は服用しますか? いいえ / はい(薬名:)

○下記の検査歴について

子宮頸がん検査	なし / あり → 年 月【 陰性 / 陽性 】
子宮体癌検査	なし / あり → 年 月【 陰性 / 陽性 】

○妊娠歴について → あり / なし

「あり」の方は、下記のご記入をお願いいたします。

妊娠した月日	年齢	妊娠のしかた	妊婦の転帰 (いずれかお選び下さい)			
年 月		自然 / 人工 / 体外受精	正常分娩 帝王切開	早産(週)	中絶 / 流産(週)	子宮外妊娠
年 月		自然 / 人工 / 体外受精	正常分娩 帝王切開	早産(週)	中絶 / 流産(週)	子宮外妊娠
年 月		自然 / 人工 / 体外受精	正常分娩 帝王切開	早産(週)	中絶 / 流産(週)	子宮外妊娠
年 月		自然 / 人工 / 体外受精	正常分娩 帝王切開	早産(週)	中絶 / 流産(週)	子宮外妊娠
年 月		自然 / 人工 / 体外受精	正常分娩 帝王切開	早産(週)	中絶 / 流産(週)	子宮外妊娠

○現在、産婦人科以外で通院中の方はご記入ください。

疾患名 () 病院名 ()

○現在、内服している薬はありますか？

いいえ / はい (薬名:)

○アレルギーがある方はご記入ください。

薬名 () / 食物 () / その他 ()

○これまでに下記のような病気にかかったことがありますか？ (複数回答可)

<input type="checkbox"/> 癌 ()	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 腎疾患
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 肝疾患	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	
<input type="checkbox"/> クラミジア	<input type="checkbox"/> 淋病	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎		
<input type="checkbox"/> その他 ()						

○手術したことがありますか？

ない / ある

↳(いつ頃ですか？ 年 月 / 病名： / 病院名：)

○ご両親やご兄弟で遺伝性の病気、癌などにかかった方はいらっしゃいますか？

いいえ / はい (続柄： / 病名：)

○当院で希望する治療は何ですか？ (複数回答可)

検査のみ タイミング法 人工授精 体外受精 / 顕微授精
その他 ()

○今までの不妊治療について

以前に他の医療施設にかかったことがありますか？ はい / いいえ

→「いいえ」の方は、裏面★印の項目までお進みください。

→「はい」の方は、続けて下記の質問事項にお答えください。

施設名 ① ()

通院期間： 年 月 日～ 年 月 日

② ()

通院期間： 年 月 日～ 年 月 日

③ ()

通院期間： 年 月 日～ 年 月 日

○今までの治療法について

治療法	ご記入ください	病院名
タイミング法	なし / あり → 年 月～ 年 月	
排卵誘発法	なし / あり → 年 月～ 年 月	
人工授精(AIH)	なし / あり → 年 月～ 年 月 (回)	
体外受精/顕微授精	なし / あり → 年 月～ 年 月 (回)	
手術療法 (腹腔鏡含む)	なし / あり → 年 月 日 (手術名：)	
その他		

【裏面へ続きます】

