

問診表

お名前

*全て西暦で記入してください

生年月日 西暦 年 月 日 歳

I どうなさいましたか (あてはまる数字に○をつけてください)

1. 子供ができない (不妊) 2. 流産・死産がつづいた (不育症)
3. その他 具体的に記入お願いします。例：ピルがほしい。3ヶ月前から生理がこない。など

()

II あなたの月経について

- ①初潮の年齢は () 歳
②最終月経はいつでしたか、現在生理中の方も記入してください 年 月 日から 日間 ・ 閉経 () 歳
③月経は順調ですか (はい [] 日型 (月経開始日より次回開始日までの日数) ・ いいえ)
④月経は何日くらい続きますか () 日間
⑤月経の量はどれくらいですか (多い・普通・少ない) (多い例：レバー状の塊が2日以上・2時間毎にパットを変えるなど)
⑥月経のとき痛みますか (はい・いいえ) 痛む部位は? 頭 下腹部 腰 その他 ()
⑦はいと答えた方へ その程度は (鎮痛剤まで服用しない 服用するとよい 日常生活ができず寝込んでしまう)
⑧月経のとき、他にどこか悪いところはありますか (はい・いいえ) どのような症状ですか ()
⑨月経時のお通じ (下痢する 軟便になる 変わらない) ⑩子宮頸がん検診を最後に受けたのはいつですか (年 月)

III あなたの結婚、妊娠、分娩について

- ①セックスの経験はありますか (はい・いいえ) ②結婚されていますか (未婚、初婚、再婚) 結婚したのはいつですか 年 月
③妊娠したことはありますか (はい・いいえ)
④妊娠したことのある方は次にお答えください
・人工妊娠中絶 () 回 (年 月、 年 月、 年 月、 年 月)
・自然流産 () 回 (年 月 週数 胎の有・無 心拍有・無 手術有・無)
(年 月 週数 胎の有・無 心拍有・無 手術有・無)
(年 月 週数 胎の有・無 心拍有・無 手術有・無)
・自然分娩 () 回 (年 月、 年 月、 年 月) ・帝王切開 () 回 (年 月、 年 月)
一番下のお子様のときの授乳期間 年 月まで 生理再開 年 月

IV 今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ①いままで病気になったり 手術を受けたことはありますか (はい・いいえ)
②主な病気は () () 歳のとき () () 歳のとき
③手術は () () 歳のとき () () 歳のとき
④喘息にかかったことがありますか (はい・いいえ) ⑤風疹にかかったことがありますか (はい・いいえ・わからない)
⑥風疹の予防接種を受けたことがありますか (はい「 才の時・覚えていない」 ・ いいえ)
⑦輸血を受けたことがありますか (はい・いいえ) ⑧クラミジアにかかったことはありますか (はい・いいえ)
⑨今までの薬や注射で副作用 (アレルギー) を起こしたことはありますか (はい・いいえ)
『はい』と答えた方は、薬の名前、種類をお書きください ()
⑩現在内服しているお薬 (サプリメントを含む) を教えて下さい。 ()
⑪今までに過呼吸になったり、パニックになったりしたことがありますか (いいえ・はい「 歳のとき」)

V ご家族の中に何か特別な病気の方がいますか

いる (遺伝病、高血圧、糖尿病、がん、その他 ()) ・ いない

VI あなたの身長 () cm 体重 () kg 血液型 (RH + / - 型)

VII 喫煙・飲酒について

- ①タバコは吸いますか (いいえ・はい【 本/日、 年間】・禁煙中【 年間、以前 本/日 年間】)
②お酒は飲みますか (いいえ・はい【毎日・ 日/週・機会があれば】・禁酒中【以前 年前】)
【ビール・日本酒・焼酎・洋酒・その他 ml】

VIII あなたのご主人(パートナー)について

お名前 _____ ふりがな _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

ご職業 _____ ①身長 _____ cm 体重 _____ kg

②今までにかかった病気は (_____) (_____)

③アレルギーを起こしたことはありますか？ (はい【 内容: _____ 】・いいえ)

④タバコは吸いますか (いいえ・はい【 _____ 本/日、 _____ 年間】・禁煙中【 _____ 年間、以前 _____ 本/日 _____ 年間】)

⑤お酒は飲みますか (いいえ・はい【毎日・ _____ 日/週・機会があれば】・禁酒中【以前 _____ 年前】)
 【ビール・日本酒・焼酎・洋酒・その他 _____ ml】

IX お二人のタイミングのとり方について

- ① 避妊期間はありましたか (はい _____ 年 _____ 月まで・いいえ)
- ② 避妊しない夫婦生活はいつからですか (結婚時から・ _____ 年 _____ 月から)
- ③ 排卵時期を意識した夫婦生活を取り始めたのはいつからですか (_____ 年 _____ 月から・意識したことがない)
- ④ 現在夫婦生活は、どれくらい取られていますか。 (_____ 回/月・ _____ 回/週・とれていない)
- ⑤ タイミングを取るときに参考になっているものはありますか？ 無・有 (アプリ・LH検査キット・その他 _____)
- ⑥ 基礎体温はつけていますか？ (いいえ・はい【 携帯アプリ (ルナルナ ・ルナルナ以外) ・紙 】)

以下、これまで他院の不妊検査・治療を受けた経験のある方のみご記入ください

A. 卵管造影検査 (または通水検査) を受けたことがありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方は、検査時期・結果について記入してください。 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 右 (正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他 [_____]) 左 (正常・閉塞・狭窄・癒着・卵管水腫・その他 [_____])

B. ご主人の精液検査を受けたことがありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方は、検査時期・結果について記入してください。 (_____ 年 _____ 月 一番良好なデーターを記入下さい)
 精液量 (_____) ml 濃度 (_____) 万/ml 運動率 (_____) % 奇形率 (_____) (正常 ・ 異常)

C. フーナートテスト (性交後検査) を受けたことがありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方は、検査結果について記入してください。
 (良好 ・ 不良 ・ その時々で結果がちがった (良好の方が多かった 不良の方が多かった))

D. タイミング療法を受けたことがありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方は、回数等について記入してください
 自然周期によるタイミング (_____) 回、最後に施行した日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 卵巣刺激周期によるタイミング (_____) 回、最後に施行した日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 刺激の種類は (内服薬、 注射、 その両方)

E. 人工授精を受けたことがありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方は、回数等について記入してください
 自然周期による人工授精 (_____) 回 最後に施行した日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 卵巣刺激周期による人工授精 (_____) 回 最後に施行した日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
 刺激の種類は (内服薬、 注射、 その両方)

D. 体外受精をうけたことがありますか (はい・いいえ) 『はい』と答えた方は、下の表に記入してください。

| | 採卵 年月日 | 1. 通常の受精 2. 顕微授精 | 卵巣刺激法 | 採卵数 | 受精卵数 | 1. 分割胚移植 2. 胚盤胞移植 | 移植胚数 | 移植時の 出血・痛み | 凍結胚数 | 妊娠の 有無 |
|---|-----------|---------------------|-------|-----|------|----------------------|------|---------------|------|-----------|
| 1 | | | | | | | | 有・無 | | |
| 2 | | | | | | | | 有・無 | | |
| 3 | | | | | | | | 有・無 | | |
| 4 | | | | | | | | 有・無 | | |
| 5 | | | | | | | | 有・無 | | |
| 6 | | | | | | | | 有・無 | | |

男性不妊症 問診表

西暦 年 月 日

1. 夫 氏名: 年齢: 歳 血液型:
夫携帯番号:
2. 職業 (具体的に) (身長: cm 体重: kg)
3. 妻 氏名: 年齢: 歳 血液型:
職業: (具体的に)
4. 夫の結婚時の年齢: 歳 (初婚 ・ 再婚 ・ 妻が再婚)
5. 結婚期間: 年 ヶ月 子供は(1. いる: 人, 歳 2. いない)
6. 再婚の方は前妻との間に子供は(1. いる 2. いない)
7. 奥様は流産・死産のご経験がありますか? (1. ある: 流産・死産 2. ない)
8. 不妊期間はどれくらいですか?: 年 ヶ月
9. おたふく風邪にかかったことがありますか?
(1. ある: 歳, その時に精巣が 腫れた ・ 腫れなかった 2. ない)
10. 停留精巣の手術を受けたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 左 ・ 右 2. ない)
11. 陰のう水腫の手術を受けたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 左 ・ 右 2. ない)
12. 陰のうに怪我をしたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 左 ・ 右 2. ない)
13. パイプカットの手術を受けたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 左 ・ 右 2. ない)
14. ヘルニアの手術を受けたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 左 ・ 右 2. ない)
15. 他に何か手術を受けたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 手術名: 2. ない)
16. 性病にかかったことがありますか?:
(1. ある: 歳, 病名: 2. ない)
17. 放射線治療を受けたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 病名: 2. ない)
18. 抗がん剤治療を受けたことがありますか?:
(1. ある: 歳, 病名: 2. ない)
19. 過去に大きな病気にかかったことがありますか?:
(1. ある: 歳, 病名: 2. ない)
20. 現在, 治療中の病気がありますか?:
(1. ある: 歳, 病名: 2. ない)
21. 現在, 服用している薬がありますか?:
(1. ある: 歳, 薬品名: 2. ない)

22. 薬のアレルギーはありますか？：
（1. ある： 歳, 薬品名： 2. ない）
23. タバコを吸いますか？：（1. 吸う： 本 / 日 2. 吸わない）
24. ご主人に兄弟・姉妹はいますか？：（1. いる： 人 2. いない）
その兄弟・姉妹に子供はいますか？：（1. いる： 人 2. いない）
25. ご家族に遺伝的な病気はありますか？：
26. 性欲（性交をしたい、女性に触れたいといった欲望）はいかがですか？：
a. 正常にある
b. やや減退している
c. ほとんどない
d. 全くない
27. 勃起・性行為の時の勃起の状態はいかがですか？：
a. 勃起は正常で、性交可能である。持続力も良い
b. 勃起はするが、膣内に挿入すると萎縮してしまう
c. 勃起力が弱く、膣内への挿入ができない
d. 全く勃起しない
28. 射精の状態はいかがですか？：
a. 射精できる（精液量は正常）
b. 射精はできるが、精液量は少ない
c. オルガズム（絶頂感）があるが精液が出ない
d. オルガズムが（絶頂感）もなく、射精もない
29. 射精までの時間はいかがですか？：
a. 遅い
b. 正常
c. 早い
d. 射精できない
30. ご夫婦の性交回数は月に何回くらいですか？：（ 回 / 月）
31. 今まで精液検査を受けたことがありますか？：
（1. ある 時期： 西暦 年 月, 結果： 2. ない）
32. 奥様は不妊治療を受けていますか？
（1. いる 施設名： 治療内容： 2. ない）
33. その他、伝えたいことがあればお書きください：