

問診表

お名前 _____

生年月日 S/H 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)

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、既婚、) 結婚したのはいつですか S・H 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 心拍有・無 手術有・無、 年 月 週数 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輸血を受けたことがありますか (はい・いいえ) ⑥クラミジアにかかったことはありますか (はい・いいえ)
 - ⑦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 ()

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】

VIIあなたのご主人(パートナー)について

- ①お名前 _____ ふりがな _____ 生年月日 S/H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳
- ②ご職業 _____ ③健康ですか (はい・いいえ)
- ④今までにかかった病気は (_____) (_____)
- ⑤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】)
- ⑥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】

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 一番良好なデータをご記入下さい)
 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	H							有・無		
2	H							有・無		
3	H							有・無		
4	H							有・無		
5	H							有・無		
6	H							有・無		