

問診表

お名前 _____

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 以後、全て西暦で記入してください。)

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妊娠したことが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。
(_____)

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し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)

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. フナーテスト(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		