

不妊問診票

受診日：西暦 年 月 日

妻	ふりがな	生年月日 (年齢 歳)
	氏名	昭和・平成 年 月 日
	ご住所 〒 -	
	携帯電話 - -	ご職業
	身長 cm 体重 kg	喫煙： 無・有 (本/日) 飲酒： 無・有 (ml/日)

夫 (パートナー)	ふりがな	生年月日 (年齢 歳)
	氏名	昭和・平成 年 月 日
	ご住所 〒 -	
	携帯電話 - -	ご職業
	身長 cm 体重 kg	喫煙： 無・有 (本/日) 飲酒： 無・有 (ml/日)

1. 【当院で希望する治療】

- 不妊治療の話が聞きたい
- タイミングから始めたい
- 人工授精 (AIH) から始めたい
- 初めから体外受精を希望
- セカンドオピニオン
- その他

()

2. 【不妊期間 (避妊をしない、もしくは妊娠を希望している期間)】

年 月 日

いつ頃から妊娠を希望されましたか？

西暦 年 月 日

避妊期間はありますか？

西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日

3. 【月経歴】

初潮 _____歳

月経周期 _____日型（順・不順） 持続期間 _____日間

最終月経 _____月 _____日から _____日間

出血量（少ない・普通・多い）

月経痛（なし・軽い・少し重め・かなり強い）

4. 【結婚歴】

結婚 _____歳（西暦 _____年 ____月 ____日）

再婚 _____歳（西暦 _____年 ____月 ____日）

婚約中 入籍予定（ _____年 ____月） 独身

5. 【妊娠歴】

妊娠 ____回（最終妊娠 ____歳）

分娩 ____回 流産 ____回 子宮外妊娠 ____回

6. 【他院での不妊治療】

採卵回数と移植回数の虚偽の申告により、保険申請が通らなかった場合は、後日自費で請求させていただきます。

タイミング療法（ ____周期）

人工授精（ ____周期）

自費採卵 ____回 保険採卵 ____回

自費移植（新鮮胚移植 ____回 / 融解胚移植 ____回）

保険移植（新鮮胚移植 ____回 / 融解胚移植 ____回）

他施設に凍結胚が残っていますか。 はい（ ____個） / いいえ

■上記の申告数に偽りはありません

自署 _____

〈 他院での不妊治療詳細 〉

年月日	自・保	治療方法	妊娠転機	病院名
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	
西暦 年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 保険	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠	

7. 【他院での不妊検査】

検査項目	検査歴	施行日	治療歴
ホルモン検査	有・無	年 月	無・有 ()
卵巣予備能 (AMH)	有・無	年 月	無・有 ()
クラミジア抗体検査	有・無	年 月	無・有 ()
甲状腺機能検査	有・無	年 月	無・有 ()
子宮卵管造影	有・無	年 月	無・有 ()
子宮鏡検査	有・無	年 月	無・有 ()
精液検査	有・無	年 月	無・有 ()

8. 【性生活について】

- 性交障害はありますか 有・無
理由 妻側 (性交痛 / 精神的 / その他)
夫側 (ED / 射精障害 / 精神的 / その他)
- 性交頻度 ____回 / (週・月) ・ 全くない
理由 ある程度の間隔ではある / 環境的 (忙しくて時間がない) / 精神的

9. 【夫は不妊検査・治療に対して理解・協力する意思はありますか】

- ある
 あるが受診検査はしたくない
 ない

10. 【婦人科疾患の既往歴】

- なし
 子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮頸がん・異形成
 子宮奇形 子宮内膜症 子宮腺筋症
 多嚢胞性卵巣症候群 その他 ()

11. 【既往歴】

- 甲状腺機能異常 (低下・亢進症)
 糖尿病 高血圧 膠原病 心臓疾患 肝臓疾患 悪性腫瘍
 その他 ()

12. 【現在内服しているお薬やサプリメントはありますか】

- なし
 薬 ()
 サプリメント ()

13. 【アレルギー・禁忌薬】

- なし
- 喘息 キシロカイン ラテックス
- 薬剤アレルギー ()
- 大豆 卵
- 食物アレルギー ()

14. 【今まで採血や注射等で気分が悪くなったことはありますか】

- 無 有 ()

15. 【風疹ワクチンを受けたことはありますか】

- 無 有 (年 月) 不明

16. 【子宮頸がん検診を受けたことはありますか】

- 無
- 有 (年 月) → 結果 (正常・異常)

17. 【乳がん検診を受けたことはありますか】

- 無
- 有 (年 月) → 結果 (正常・異常)

18. 【当院を受診されたきっかけ】

- 通りがかり (看板)
- 家族・知人からの紹介 (紹介者:)
- インターネット検索
- ホームページ
- 他の医療機関からの紹介 (施設名:)
- その他 ()

問診票をご記入いただき、ありがとうございました。
紹介状をお持ちの方は問診票と一緒に受付に提出して下さい。
また、前医のデータをお持ちの場合も提出をお願いします。