

不妊治療問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日 (満 歳)
氏名	職業	勤務形態 ☐ 規則的 ☐ 不規則 会社員 ・ パート ・ 自営業 ・ 医療従事者() 会社名 ()
ID:		
フリガナ	生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日 (満 歳)
夫:氏名	職業	勤務形態 ☐ 規則的 ☐ 不規則 会社員 ・ パート ・ 自営業 ・ 医療従事者() 会社名 ()
ID:		
住所	:自宅番号 - -	
携帯番号 : (本人) - -	: (夫) - -	

1)身長: cm 体重: kg

2)月経について
初潮: 歳 月経: 順調 ・ 不順 周期: 日(生理期間 日)
最終月経 : 年 月 日

3)結婚歴 入籍済(西暦) 年 月 ・ 未入籍 (入籍予定 年 月)
(本人) 初婚 ・ 再婚 (子供 : あり ・ なし) (夫) 初婚 ・ 再婚 (子供 : あり ・ なし)

4)妊活期間 西暦 年 月 ~ 年 月

5)妊娠歴 なし ・ あり ※ありの方は下記にご記入下さい。

	出産日 (西暦)	妊娠経緯	妊娠経過			出産体重	性別	妊娠中の合併症
			該当するものに○	週数	出産状況			
1	年 月 日	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	g	男 / 女	なし ・ あり ()
2	年 月 日	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	g	男 / 女	なし ・ あり ()
3	年 月 日	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	g	男 / 女	なし ・ あり ()
4	年 月 日	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	g	男 / 女	なし ・ あり ()
5	年 月 日	・自然 ・人工授精 ・体外受精	・分娩 ・子宮外妊娠 ・流産 ・死産 ・中絶	週	・経膈 ・帝王切開	g	男 / 女	なし ・ あり ()

6)既往歴
今までに大きな病気や手術はしましたか。

妻) なし ・ あり	夫) なし ・ あり
病名: (西暦) 年 月 (西暦) 年 月	病名: (西暦) 年 月 (西暦) 年 月
治療内容	治療内容

現在、服用中の薬

妻) なし ・ あり	夫) なし ・ あり
病名:	病名:
薬剤名:	薬剤名:

7)アレルギーはありますか。 なし ・ あり ※ありの方は下記にご記入下さい。

☐食品() ☐薬() ☐ゴム ☐金属 ☐アルコール綿 ☐造影剤 ☐その他()

8)血縁の家族の方で該当する場合は()内に続柄をご記入ください。(例:父 母 姉 祖母など) なし・あり(下記に記入)
脳卒中 高血圧 心臓病 癌 喘息 アレルギー てんかん 精神疾患 その他()
() () () () () () () () ()

9)ご夫婦の日常について

妻)喫煙歴 なし・あり(吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり()本 × ()年間
夫)喫煙歴 なし・あり(吸っていた・今も吸う習慣がある) 1日あたり()本 × ()年間
性交渉で悩みがありますか? (はい・いいえ) 性交渉の頻度はどれ位ありますか?(回/ 月)
性交痛 ☐ 有・☐ 無 勃起不全 ☐ 有・☐ 無 射精障害 ☐ 有・☐ 無

下記項目①～⑥に関しては男性への質問になります。ご主人・パートナーからのご記入をお願いします。

- ① 不妊検査・不妊治療に協力的ですか? (はい・いいえ)
② 以前に医療機関で男性不妊あるいはその疑いと言われたことがありますか? (はい・いいえ)
③ 今までに手術を受けたことがありますか? (はい・いいえ) (年 月 病名)
④ 鼠径部ヘルニアになったことがありますか? (はい・いいえ) (年 月 才の頃)
⑤ おたふく風邪にかかったことがありますか? (はい・いいえ) (年 月 才の頃)
⑥ AGA(薄毛)の治療を受けていますか? (はい・いいえ) (年 月 ～ 年 月)
⑦ 糖尿病の治療中ですか? (はい・いいえ) (年 月 ～)

10)今までに行った検査・治療について ※検査結果がお手元にある方は来院時にお持ちください。

検査・治療内容	結果	治療期間	検査・治療内容	結果	治療期間
精液検査(1ヶ月以内)	なし・あり	年 月	風疹ワクチン接種(2ヶ月以内)	なし・あり	年 月
抗ミュー管ホルモン AMH (1年以内)	なし・あり	年 月	甲状腺ホルモン(1ヶ月以内)	なし・あり	年 月
子宮卵管造影検査(6ヶ月以内)	なし・あり	年 月	子宮鏡検査(1年以内)	なし・あり	年 月
抗精子抗体検査(1年以内)	なし・あり	年 月			
抗リン脂質抗体検査/不育症(1年以内)	なし・あり(異常なし・異常あり)	年 月			
感染症検査(1年以内)	なし・あり(異常なし・異常あり)	年 月			
子宮がん検診 頸がん(1年以内)	なし・あり(異常なし・異常あり)	年 月			
体がん(1年以内)	なし・あり(異常なし・異常あり)	年 月			
乳がん検診(1年以内)	なし・あり(異常なし・異常あり)	年 月			

該当する治療内容を○で囲み、期間等をご記入ください。

治療期間	治療期間	回数	施設名
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ～ 年 月	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ～ 年 月	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ～ 年 月	回	
タイミング・人工授精 体外受精・顕微授精	年 月 ～ 年 月	回	
最終ホルモン剤 使用時期	年 月 ～ 年 月	回	

※血縁に筋ジストロフィーや遺伝性の疾患はありますか? なし・あり 続柄()

11)今後の治療に関しての希望

- ☐ 不妊原因がないか調べてほしい ☐ 不妊原因がないか調べて結果に応じた治療を行っていききたい
☐ 持参した紹介状の内容に応じて治療したい ☐ 相談したい事柄がある
☐ 希望したい治療法がある()
☐ 今までの思いや、これからの希望など ☐ 治療になったときの通院などを相談したい