

不妊問診票

年 月 日



当院ではご提供いただいた個人情報は医療サービスの提供、医療保険事務などの目的に特定して利用させていただきます。したがって個人情報が外部に漏れることはありません。以下の質問にお答えください。

氏名	ふりがな 妻	年 月 日生 才
	身長	cm 体重 kg
	ふりがな 夫	年 月 日生 才
	身長	cm 体重 kg
ご住所	〒	自宅
	電話番号	携帯(妻)
		携帯(夫)

※当院より電話、郵送などご連絡する場合、病院名を出してもよろしいですか? はい / いいえ

I. 結婚・不妊歴について

1	結婚歴	結婚	年 月 / 婚約中 / 事実婚
		夫	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)
		妻	初婚 / 再婚 (子ども 有 / 無)
2	不妊期間	年 カ月	
	避妊期間	ない / ある (年 月 ~ 年 月 (理由))	

II. 生活環境について

1	職業について	職業・職種	出張	転勤	最終学歴	
		夫	有 (日/月) / 無	有 / 無	中 / 高 / 専門 / 短大 / 大学 / 大学院	
		妻	有 (日/月) / 無	有 / 無	中 / 高 / 専門 / 短大 / 大学 / 大学院	
2	家庭生活について	円満・不和 (原因)				
		夫婦以外に同居している方がいらっしゃいますか?	はい (舅・姑・その他) / いいえ			
3	日常生活の習慣について	食欲	アルコール	喫煙	睡眠	
		夫	良好・不振	毎日・時々・無	本 / 日・無	良好・不振
		妻	良好・不振	毎日・時々・無	本 / 日・無	良好・不振
4	夫婦生活について	結婚した頃の1カ月の性交回数 回				
		現在の1カ月の性交回数 回				



III. 今までに行った不妊治療について ない / ある (ある方は下記の表にご記入ください)

治療法	選択してください	病院名
タイミング法	なし / あり → 年 月 ~ 年 月	
排卵誘発法	なし / あり → 年 月 ~ 年 月	
人工授精	なし / あり → 年 月 ~ 年 月 () 回	
体外受精	なし / あり → 年 月 ~ 年 月 () 回	
手術療法 (腹腔鏡含む)	なし / あり → 年 月 (手術名:)	
その他		

検査	選択してください
クラミジア検査	なし / あり → 年 月 陰性 / 陽性
ホルモン検査	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明
子宮頸がん検査	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	なし / あり → 年 月 正常 / 高い / 低い / 不明
精子不動化抗体	なし / あり → 年 月 陰性 / 陽性
フーナーテスト	なし / あり → 年 月 良好 / やや不良 / 不良 / 不明
子宮卵管造影検査(HSG)	なし / あり → 年 月 右 : 正常 / 異常 / 不明 左 : 正常 / 異常 / 不明
精液検査	なし / あり → 年 月 正常 / 異常 / 不明
風疹抗体検査	夫:未検 / 検査済 → 年 妻:未検 / 検査済 → 年

今まで治療した病院で、不妊原因は何と言われていましたか。(重複可)

- 卵管の異常 排卵障害 精子の異常 子宮内膜症 子宮筋腫 ホルモンの異常
 性交障害 年齢 その他 ()

施設を変えた理由は何ですか。

理由 ()

IV. 当院で希望する治療は何ですか。

- 検査のみ 一般不妊治療 人工授精 体外受精 その他 ()

V. 当院はどの様にお知りになりましたか。

- 知人紹介 本 新聞 地下鉄広告 病院の紹介 インターネット
 その他 ()

VI. その他、何かありましたらご自由にお書きください。

1. 月経について

①初潮	才
②月経周期	順調 (日周期) / 不順 持続日数 日間
	最終生理 年 月 日から 日間
	その前 年 月 日から 日間
③月経量	多量 / 中等量 / 少量
④生理痛はありますか	下腹痛 / 腰痛 / 頭痛 / その他 ()
⑤鎮痛剤は服用しますか	いいえ / はい (薬名:)

2. 妊娠・出産歴 ない / ある (ある方は下記の表にご記入ください)

妊娠または出産	妊娠週数	分娩経過	病院名	出生児
① 年 月 才	週	1.正常分娩 2.帝王切開 3.死産 4.流産 5.早産 6.中絶		g 男/女 健/否
② 年 月 才	週	1 2 3 4 5 6		g 男/女 健/否
③ 年 月 才	週	1 2 3 4 5 6		g 男/女 健/否
④ 年 月 才	週	1 2 3 4 5 6		g 男/女 健/否

3. 現在、産婦人科以外で通院中の方はご記入ください

疾患名 () 病院名 ()

4. 現在、内服している薬はありますか

いいえ / はい (薬名)

5. アレルギーがある方はご記入ください

薬名 () / 食物 () / その他 ()

6. これまでに下記のような病気にかかったことがありますか (重複可)

癌 ()
 結核
 糖尿病
 心疾患
 高血圧
 喘息
 腎疾患
 甲状腺疾患
 肝疾患
 リウマチ
 精神疾患
 子宮内膜症
 子宮筋腫
 クラミジア
 淋病
 梅毒
 B型肝炎
 C型肝炎
 その他 ()

7. 入院したことがありますか ない / ある (ある方は下記にご記入ください)

いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()

8. 手術したことがありますか ない / ある (ある方は下記にご記入ください)

いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()

9. ご両親やご兄弟で遺伝性の病気、癌等にかかった方はいらっしゃいますか

いいえ / はい 続柄 () 病名 ()

10. その他、何かありましたらご自由にお書きください