

女性問診票 (奥様をご記入ください)

1. 基本情報

氏名	身長	体重	血液型	Rh
----	----	----	-----	----

2. 仕事の状況について(お仕事をされている方はお答えください)

① お仕事は忙しいですか

あまり忙しくない 普通 忙しい とても忙しい

② 勤務にストレスを感じますか

強い あまりない ない

3. 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:)
⑥性交痛がありますか	いいえ / はい

4. 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

5. 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 ()

6. 現在、内服している薬はありますか

いいえ / はい (薬名)

7. 日常生活の習慣について

睡眠時間は	<input type="checkbox"/> () 時間位	<input type="checkbox"/> 決まっていない
運動は	<input type="checkbox"/> 毎日する	<input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> あまりしない
お酒は	<input type="checkbox"/> 毎日飲む	<input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
喫煙は	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)	<input type="checkbox"/> 吸わない

8. アレルギーについて

①アレルギーはありますか	いいえ / はい	原因となるもの() 症状()
②アルコール綿・ゴム製品のアレルギーはありますか	いいえ / はい	<input type="checkbox"/> アルコール綿(消毒) <input type="checkbox"/> ゴム製品 症状()
③薬(飲み薬や注射、歯科麻酔薬など)で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	医薬品名() / 不明 副作用()
④ヨードアレルギーまたは造影剤を使用した検査で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	検査名() / 不明 副作用()

9. 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 ()

10. 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 ()

11. 手術したことがありますか

いつ頃 (年 月) 病名 () 病院名 ()

12. 過去に輸血を受けたことがありますか いいえ / はい (「はい」の方はお答えください)

いつ ()歳 理由 :

13. 信仰されている宗教はありますか いいえ / はい

14. 宗教上医療行為などに制限がありますか いいえ / はい

15. 血縁の家族の中に何か特別な病気の方がいますか

いない / いる 続柄 ()
 遺伝病 高血圧 糖尿病 癌 甲状腺 膠原病
 その他 ()

16. その他、何かありましたらご自由にお書きください。

不妊外来問診票

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。

(妻)	フリガナ	生年月日(必須) 昭 / 平 年 月 日(才)
	氏名	
	携帯番号	職業
		緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 親族 (名称)

(夫)	フリガナ	生年月日(必須) 昭 / 平 年 月 日(才)
	氏名	
	携帯番号	職業
		緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 親族 (名称)

※緊急連絡先は緊急な要件の場合に連絡できるところでお願いします。

(職場に連絡しても良い場合にはその番号でも構いません。)

ただし、連絡を受ける際、病院名を告げてよろしいでしょうか。(良い / 悪い)

※当院の不妊症教室に参加されたことはありますか。(はい 年 月 / 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	子どもが欲しいと思った期間	年 カ月 ● その間夫婦生活は、定期的にありましたか。 定期的 ・ たまに ・ ほとんどなし	
	避妊期間	ない / ある (年 月 ~ 年 月 (理由))	

II. 今まで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
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 ワクチン接種 : あり / なし 妻 : 未検 / 検査済 → 年 ワクチン接種 : あり / なし
その他	

☆ 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()

III. 当院で希望する治療は何ですか。(重複可)

検査のみ 一般不妊治療 人工授精 体外受精 セカンドオピニオン

その他()

IV. 当院はどのようにお知りになりましたか。(重複可)

知人紹介 本 新聞 駅などの広告 病院の紹介 インターネット

その他()

V. その他何かありましたらご自由にお書きください。

☆ スタッフ 特記事項

男性問診票 (ご主人様をご記入ください)

I. 基本情報

氏名	身長	体重	血液型	Rh
----	----	----	-----	----

II. 仕事の状況について (お仕事をされている方はお答えください)

- ① お仕事は忙しいですか
 あまり忙しくない 普通 忙しい とても忙しい
- ② 勤務にストレスを感じますか
 強い あまりない ない

III. 病歴について

- ① 現在、通院中の方はご記入ください
 疾患名 () 病院名 ()
- ② 現在、内服している薬はありますか
 いいえ / はい (薬名)
- ③ アレルギーについて

①アレルギーはありますか	いいえ / はい	原因となるもの ()
		症状 ()
②アルコール綿・ゴム製品のアレルギーはありますか	いいえ / はい	<input type="checkbox"/> アルコール綿 (消毒) <input type="checkbox"/> ゴム製品
		症状 ()
③薬 (飲み薬や注射、歯科麻酔薬など) で副作用を起こしたことはありますか	いいえ / はい	医薬品名 () / 不明
		副作用 ()

- ④ 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 肝疾患 痛風 精神疾患 潰瘍性大腸炎
- 流行性耳下腺炎 (おたふく風邪) 睾丸炎 副睾丸炎 停留睾丸 陰嚢水腫
- 精索静脈瘤 鼠径ヘルニア クラミジア 淋病 梅毒 B型肝炎
- C型肝炎 その他 ()
- ⑤ 手術や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 ()
- ⑥ 血縁の家族の中に何か特別な病気の人がありますか
- いない / いる 続柄 ()
- 遺伝病 高血圧 糖尿病 癌 精巣・精管・前立腺疾患
- その他 ()
- ⑦ 交通事故やスポーツなどで睾丸に損傷を受けたことがありますか
- ない / ある (才) 左 / 右

⑧ 育毛剤内服薬(プロペシアなど)を使用していますか

していない / している (年 月頃～)

⑨ 放射線治療を受けたことがありますか

ない / ある (年 月～ 年 月)

⑩ 抗がん剤の投与を受けたことがありますか

ない / ある (年 月～ 年 月)

IV. 日常生活の習慣について

睡眠時間は	<input type="checkbox"/> () 時間位 <input type="checkbox"/> 決まっていない
運動は	<input type="checkbox"/> 毎日する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> あまりしない
お酒は	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
喫煙は	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない

V. 性生活について

	結婚した頃	現在
性欲	<input type="checkbox"/> 正常にあった <input type="checkbox"/> やや減退していた <input type="checkbox"/> ほとんどなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった	<input type="checkbox"/> 正常にあった <input type="checkbox"/> やや減退していた <input type="checkbox"/> ほとんどなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった
射精	<input type="checkbox"/> 膣内射精できた <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 勃起はするが膣内射精できなかった	<input type="checkbox"/> 膣内射精できた <input type="checkbox"/> 勃起不全 <input type="checkbox"/> 勃起はするが膣内射精できなかった

① 今までに勃起不全治療薬(バイアグラ・レビトラ)を使用したことがありますか

ない / ある → 今後も必要としますか : 必要 / 不必要

VI. その他、何かありましたらご自由にお書きください