

問診票

- ☐ 当院では、個人情報保護法に基づき、あなたとあなたのご家族の個人情報やプライバシーを厳重に管理します。
- ☐ 問診票提出後に変更や追加情報がございましたら、ご来院の際にお伝えください。
- ☐ 必要に応じて、記載いただいた連絡先に連絡を差し上げることがあります。予めご了承ください。

待合室など他の方がいる場所では答えにくいことや直接伝えたいことがありましたら、空欄のままご提出ください。
なお、記入いただきました内容は、ご本人の許可なしにご本人以外の方(配偶者・パートナーやご家族)へお伝えすることはございません。

		記入日	年	月	日
ふりがな		ふりがな			
妻の氏名		パートナー氏名			
ID	— —	ID	— —		
生年月日	年 月 日(満 歳)	生年月日	年 月 日(満 歳)		
職業	出張・転勤など長期不在 ☐ あり ☐ なし お休みは ☐ 取りやすい ☐ 取りにくい	職業	出張・転勤など長期不在 ☐ あり ☐ なし お休みは ☐ 取りやすい ☐ 取りにくい		
電話番号	☐ 携帯電話 ☐ 固定電話 — —	電話番号	☐ 携帯電話 ☐ 固定電話 — —		

1) 本日のご来院目的についてお聞きます

- ☐ 大学病院を紹介された ☐ 不妊症かどうか知りたい ☐ 子どもが欲しい
- ☐ 過去に他院で不妊治療を受けたことがあり、治療再開を考えている
- ☐ 現在他院で不妊治療を受けており、セカンドオピニオンを希望している
- ☐ 不妊治療について相談したい ☐ 不育症・習慣性流産の相談をしたい
- ☐ その他()

2) あなたの月経についてお聞きます

最終月経はいつですか? 年 月 日 から 日間

初めての月経はいつですか? 歳頃

ここ半年～1年以内の月経周期はどれですか?

☐ 25～38日の間には来た:(だいたい)日周期

☐ 24日より短い時があった ☐ 39日以上空く時があった ☐ 3か月以上空くことがあった

月経時の症状はありますか?

☐ 量が多い・増えてきた ☐ 量が少ない・減ってきた

☐ 月経痛が強い ☐ 痛み止めを使用している(薬品名:)

3) 性交渉についてお聞きします

性交渉の経験は ☐ある(1か月の性交回数は _____回ぐらい)☐ない(経膈超音波検査や内診は ☐できる・したことがある ☐できない ☐わからない)

4) 結婚歴と不妊期間についてお聞きします

現在結婚していますか

☐はい (_____年 _____月入籍)夫 ☐初婚 ☐再婚(子ども ☐あり ☐なし)妻 ☐初婚 ☐再婚(子ども ☐あり ☐なし)☐いいえ(☐予定している _____年 _____月頃入籍予定 ・ ☐事実婚 ・ ☐予定がない)

妊娠を希望されてから避妊なしでの不妊期間は _____年 _____ヶ月ぐらい

5) 過去に妊娠・出産された回数とお子さんについてお聞きします

時期 (年齢)	病院名	妊娠方法	流産/中絶 子宮外妊娠	分娩方法/週数	体重	性別
年 月 (歳)		☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 流産 週 ☐ 中絶 週 ☐ 子宮外妊娠	☐ 経膈分娩 週 ☐ 帝王切開 週 ☐ 緊急帝王切開 週	g	男・女
年 月 (歳)		☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 流産 週 ☐ 中絶 週 ☐ 子宮外妊娠	☐ 経膈分娩 週 ☐ 帝王切開 週 ☐ 緊急帝王切開 週	g	男・女
年 月 (歳)		☐ 自然妊娠 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精	☐ 流産 週 ☐ 中絶 週 ☐ 子宮外妊娠	☐ 経膈分娩 週 ☐ 帝王切開 週 ☐ 緊急帝王切開 週	g	男・女

6) これまでに指摘されたことがある病気についてお聞きします

以下に、現在治療中の病気や過去に医師から言われたことがある病名はありますか？

☐子宮筋腫 ☐子宮内膜症 ☐子宮腺筋症 ☐子宮内膜ポリープ ☐卵巣のう腫 ☐卵管狭窄☐子宮頸がん・子宮頸部異形成 ☐子宮奇形 ☐多嚢胞性卵巣症候群 ☐早発閉経☐ホルモン異常 ☐排卵障害 ☐高プロラクチン血症 ☐甲状腺機能障害 ☐クラミジア感染症☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心疾患 ☐腎疾患 ☐肝疾患 ☐脳梗塞・脳出血 ☐てんかん☐悪性腫瘍 ☐血液疾患 ☐血栓症 ☐こころの疾患 ☐自己免疫疾患 ☐遺伝疾患(ご家族含む)

病気の詳細をお答えください

病名	発症年齢	受診した病院名	治療内容
	歳		☐ 手術(術式 _____) ☐ 現在も通院中 ☐ 治療終了した
	歳		☐ 手術(術式 _____) ☐ 現在も通院中 ☐ 治療終了した
	歳		☐ 手術(術式 _____) ☐ 現在も通院中 ☐ 治療終了した

6) 現在内服しているお薬やサプリメントについてお聞きます

☐内服なし☐内服あり(お薬手帳をご提示ください)

薬品名 [例) ○○○錠○○mg 1日○回]

7) アレルギーについてお聞きます(蕁麻疹・かゆみ・吐き気・息苦しさなどの経験があれば教えてください)

☐アレルギーなし ☐アレルギーあり(以下に詳細を記入してください)

お薬(薬品名:造影剤や抗生剤を含む)

食品(食品名:)

その他: [☐ラテックスアレルギー ☐アルコール綿で赤くなる ☐花粉症 ☐ハウスダスト
☐喘息 ☐小児喘息 ☐気管支喘息
最終発作 _____年_____]

→これまでにお薬を使った不妊治療を行ったことがある方にお聞きます

頭痛や目のかすみ、めまい、疲労感などの副作用が出たことが ☐ある ☐ない

薬品名()

8) 日常生活やご自身の気持ちについてお聞きます

6ヶ月以内の体重の変化 ☐なし ☐あり(____kg)増えた・減った食事時間は ☐規則的 ☐不規則たばこは ☐吸わない ☐吸ったことがある(____歳まで) ☐吸う(____本/日) ☐パートナーが吸うお酒は ☐飲まない ☐機会飲酒程度 ☐週に____日程度飲む ☐パートナーが飲む睡眠時間は ☐規則的 ☐不規則

今回の治療について話している人はいますか

→いる方(どなたに話すことができますか)

☐パートナー ☐自分の家族 ☐パートナーの家族 ☐友人 ☐職場の同僚 ☐職場の上司

→いない方(話していない理由があれば教えてください)

☐誰にも話したくない ☐誰に相談したらいいのかわからない ☐言っても仕方ないと思う

現時点で、今後の治療期間について考えていますか

→考えている方にお聞きます

☐____歳ぐらいまでと決めている ☐妊娠するまでずっと続けたい ☐____回までと決めている☐パートナーと話している ☐パートナーには話していない

→考えていない・わからない方にお聞きます

☐相談したい ☐触れないで欲しい ☐聞いた時だけ話して欲しい ☐パートナーと意見が違う

不妊治療を受けるにあたり仕事との両立についてどのようにお考えですか

→両立を希望される方にお聞きます

☐どちらかと言うと不妊治療を優先したい・する ☐仕事を優先したい・優先せざるを得ない☐両立する方法がわからない

9) これまでに行ったことがある検査についてお聞きます

受けたことがある検査のうち、最新の結果を教えてください(結果が分かるものがあればご提示ください)

検査	結果
子宮頸がん検査	☐ なし ☐ あり 年 月 ☐ 異常なし ☐ 異常あり
クラミジア検査	☐ なし ☐ あり 年 月 ☐ 陰性 ☐ 陽性(治療中・未治療)
風疹抗体価検査	ご自身 ☐ なし ☐ あり(HI 法 または EIA 法) パートナー ☐ なし ☐ あり(HI 法 または EIA 法)
ホルモン採血	☐ なし ☐ あり 年 月 ☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 不明
AMH(抗ミュラー管ホルモン)採血	☐ なし ☐ あり 年 月 ☐ 正常 ☐ 高値 ☐ 低値 ☐ 不明
現在のパートナーの精液検査	☐ なし ☐ あり 年 月 ☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 不明
子宮卵管造影検査	☐ なし ☐ あり 年 月 ☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 不明
子宮鏡検査	☐ なし ☐ あり 年 月 ☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 不明
その他	

10) これまで不妊治療を受けたことがある方にお聞きます

今までに行ってきた治療と回数を教えてください

☐タイミング性交(内服なし) _____回 ☐タイミング性交(内服あり:薬剤名 _____) _____回
☐人工授精(内服なし) _____回 ☐人工授精(内服あり:薬剤名 _____) _____回

採卵と胚移植を受けたことがある方は詳細を教えてください(ご不明の場合は診療明細書をご提示ください)

採卵回数	時期	年齢	保険/自費	使ったお薬	受精の方法
1回目	年 月 歳		☐ 保険 ☐ 自費	☐ 経口薬 ☐ 点鼻薬 ☐ 注射薬 ☐ 自然周期 (薬剤名: _____)	☐ 体外受精 ☐ 顕微授精
2回目	年 月 歳		☐ 保険 ☐ 自費	☐ 経口薬 ☐ 点鼻薬 ☐ 注射薬 ☐ 自然周期 (薬剤名: _____)	☐ 体外受精 ☐ 顕微授精
3回目	年 月 歳		☐ 保険 ☐ 自費	☐ 経口薬 ☐ 点鼻薬 ☐ 注射薬 ☐ 自然周期 (薬剤名: _____)	☐ 体外受精 ☐ 顕微授精

胚移植回数	時期	年齢	保険/自費	内膜調整法	移植した胚	妊娠成立
1回目 (新鮮・凍結)	年 月 歳		☐ 保険 ☐ 自費	☐ ホルモン補充周期 ☐ 自然周期	☐ 初期分割胚 ☐ 胚盤胞	☐ 妊娠した
2回目 (新鮮・凍結)	年 月 歳		☐ 保険 ☐ 自費	☐ ホルモン補充周期 ☐ 自然周期	☐ 初期分割胚 ☐ 胚盤胞	☐ 妊娠した
3回目 (新鮮・凍結)	年 月 歳		☐ 保険 ☐ 自費	☐ ホルモン補充周期 ☐ 自然周期	☐ 初期分割胚 ☐ 胚盤胞	☐ 妊娠した

11) 当院で不妊治療を始めるにあたり、なにか希望はありますか(例:胚盤胞で移植して欲しいなど)

☐ない ☐ある

→具体的に教えてください

(_____)

※あくまで希望のため、場合によってはご希望に添えないことがあります

ご回答いただきありがとうございました。

ご記入いただいたことの他に、医療者に伝えておきたいことがあれば遠慮なくお申し出ください。

スタッフ一同、みなさまの選択を精一杯サポートさせていただきます。