

No. _____

初診日: _____

紹介状:あり・なし 問診担当者:

フリガナ		生年月日	S / H	年	月	日
お名前		現在の年齢 歳	主婦・医療従事者・会社員・公務員・パート (職種:) 平日受診 可・不可・土日受診のみ			
フリガナ		生年月日	S / H	年	月	日
ご主人 (パートナー) お名前		現在の年齢 歳	会社員・公務員・医療従事者・パート (職種:) 夜勤あり・長期不在あり(単身赴任中・出張)			

1.本日診察にいらっしゃった理由は？

- (1)不妊の相談(2人目希望・融解胚移植希望:移植時期 すぐ希望・____月~希望)
(検査をしたい・タイミングをみてもらいたい・人工授精がしたい・体外受精がしたい)
- (2)月経周期が不順(いつから: 治療歴 あり・なし)
※お子様望まれてないようであれば2・5のみご記入ください
- (3)その他()

2 ご自身についてお答えください

身長_____cm 体重_____kg BMI_____ (当院で測定します)
たばこ:吸う(喫煙歴_____年_____本/日)・吸っていたことがある・吸ったことはない
お酒:飲む(少・多)・飲まない

3.結婚歴についてお答えください。

結婚年齢_____歳 結婚(H / R _____年 _____月 結婚期間 _____年 _____ヵ月)
*入籍されてない場合[婚約中:入籍予定月_____・事実婚(同棲中)・未婚(パートナー有・無)]
※離婚歴(あり_____歳~_____年間・なし)

4.不妊期間はどれくらいですか？(_____年 _____ヵ月)

避妊期間 特になし・ある(約_____年_____ヶ月 避妊方法:)

5.あなたの月経・性についてお答えください。

- (1)最終月経_____月_____日 (_____日間)
本日_____日目 (月経が来た日が1日目です)
- (2)月経周期はどのくらいですか？(月経開始日から次の月経開始前日まで)
_____日型(早いと_____日周期、遅いと_____日周期)
- (3)月経痛はありますか？ (なし・ある)
- (4)月経痛あるとお答えした方・・・痛いとき、お薬飲みますか？
いいえ・はい(薬剤名: _____ 時々内服・毎周期内服)
- (5)月経量は多いですか？ 普通・多い(血液のかたまりが出る)・少ない
- (6)性交渉(セックス)の経験はありますか？ はい・いいえ
- (7)性交痛はありますか？ はい(奥側・入口側)・いいえ
裏面に続きます。

6.妊娠歴についてお答えください。該当する□に☑記入ください（体外受精をした方は別紙ご記入下さい）

妊娠した 年 月	妊娠 した 年齢	妊娠の経緯	パートナーは 現在のご主人 ですか	妊娠の転帰
H / R ____年 ____月	____ 歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精(____回で妊娠) <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開 (出産____年____月____週) 男・女 <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週
H / R ____年 ____月	____ 歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開 (出産____年____月____週) 男・女 <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週
H / R ____年 ____月	____ 歳	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 治療を伴うタイミング妊娠 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精(融解胚移植を含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 経腔自然分娩・帝王切開 (出産____年____月____週) 男・女 <input type="checkbox"/> 中絶____週 <input type="checkbox"/> 流産____週 <input type="checkbox"/> 子宮外妊娠____週 <input type="checkbox"/> 死産____週

7.今までかかった病気や手術についてお答えください。

(1)婦人科系の病気にかかったことがありますか？

子宮筋腫・内膜症・クラミジア・卵巣嚢腫・その他()

(2)その他の病気にかかったことはありますか？

高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・喘息(最終発作 年 月頃)・精神科疾患・感染症
その他()

(3)現在服用中の薬はありますか？()

(4)手術をうけたことがありますか？(円錐切除術、腹腔内手術:子宮筋腫核出術、卵巣嚢腫切除、虫垂炎等)

内容	施行年月	H/R	年	月	(歳)
内容	施行年月	H/R	年	月	(歳)

(5)薬や注射、そのほかのアレルギーマネジメントはありますか？(該当する□に☑を記入ください)

はい【局所麻酔(歯科麻酔)アルコール消毒 抗生剤 その他 ()】-いいえ

8.受けたことがある不妊検査がありましたらお答えください。

検査名	施行年月	施設名	結果
精液検査	H/R 年 月		異常なし・あり()
子宮卵管造影	H/R 年 月		異常なし・あり()
ホルモン検査	H/R 年 月		異常なし・あり()
AMH(抗ミュラー管ホルモン)	H/R 年 月		異常なし・あり()
通気・通水法	H/R 年 月		異常なし・あり()
抗精子抗体	H/R 年 月		異常なし・あり()
クラミジア検査(おりもの・採血)	H/R 年 月		異常なし・あり()
子宮内膜症(CA125)	H/R 年 月		異常なし・あり()
子宮頸がん検査 (本日の検査希望 あり・なし)	H/R 年 月		異常なし・あり() 結果待ち

9.不妊治療歴についてお答えください。

以前受けたことがある治療があればお答えください

治療名	施行年月	施設名	回数
タイミング療法 排卵誘発剤の使用(あり・なし)	H/R 年 月～H/R 年 月		回
AIH(人工授精)	H/R 年 月～H/R 年 月		回
IVF(体外受精)	後ほど別紙お渡し致します		回
ICSI(顕微授精)	後ほど別紙お渡し致します		回
その他()			

10.ご主人(パートナー)について伺います

(1)ご主人は初婚ですか？ はい・いいえ

(再婚の方:前パートナーの間にお子さんはいますか？ いいえ・はい _____人)

(2)性交渉(セックス)は可能ですか？ 可能 ・ 不可能 ・ ときどき不可能

→不可能・時々不可能の方のみお答えください(勃起しない ・ 射精しない ・ 途中で萎える)

(3)マスターベーション可能ですか？ 可能 ・ 不可能 ・ わからない

(4)大きな病気をしたことがありますか？

いいえ ・ はい:高血圧・糖尿病・感染症(B型肝炎・C型肝炎・その他:)・その他の病気()

(5)現在服用中の薬はありますか？ いいえ・はい()

11.当院を受診するきっかけは何ですか(主なものを一つお答えください)

不妊サイトを見て・当院ホームページをみて・雑誌をみて・知人の紹介(様)

医師からの紹介(病院名:)・(職場・自宅)から近いから

12.不妊治療に対する考えについてお答えください。

奥様のみ・ご主人のみ・ご夫婦の考えに当てはまる口に☑をご記入ください(複数回答可能)

●不妊治療について

今回受診したことはご主人に話していない(奥様のみ)

時間はかかってもなるべく自然妊娠で授かりたい(口奥様 ご主人 ご夫婦)

必要であれば、体外受精等ステップアップを検討している(口奥様 ご主人 ご夫婦)

●費用について

治療費をあまりかけたくない(口奥様 御主人 ご夫婦)

費用にかかわらず最良の治療をしたい(口奥様 ご主人 ご夫婦)

13 現在気になる症状はありますか？

また診療内容などについて確認しておきたいこと、ご希望等ございましたら、ご自由に記入下さい