

# 【外来問診票(不妊治療)】

記入した日付( 年 月 日)

血圧測定( / )mmHg

フリガナ  
氏名( )様 年齢( )歳

身長 cm 体重 kg 血液型 型、Rh( )

夫(またはパートナー)のフリガナ氏名( )様 年齢( )歳

(1) 本日はどのようなことで受診されましたか？(心配な点やご希望など)

該当項目があれば○印を付けて下さい

- ( ) 話・相談のみ希望
- ( ) 不妊検査を希望
- ( ) 不妊治療を希望 →  タイミング療法  人工授精  体外受精・顕微授精
- ( ) セカンドオピニオン
- ( ) わからない

(2) 結婚:( )歳、交際期間( )年

(3) 避妊は 1. していない、2. していた:( )年( )月頃まで

(4) 今までに妊娠したことが 1. ある⇒(5)へお進み下さい。 2. ない⇒(6)へお進み下さい

(5) (4)で“ある”と答えた方 ( )回

〈満期産〉経膈分娩 ( )回…年月日( )

帝王切開 ( )回…年月日( )

〈早産〉経膈分娩 ( )回…年月日( )

帝王切開 ( )回…年月日( )

〈流産〉胎児の袋のみ ( )回…年月日( )

胎児心拍動あり( )回…年月日( )

妊娠反応のみ、胎児の袋なし( )回…年月日( )

子宮外妊娠( )回…年月日( )、場所(左右卵管・卵巣・腹膜)

中絶 ( )回…年月日( )

HIASA LADIES CLINIC

## 【外来問診票(不妊治療)】

(6) 今までに産婦人科で手術を受けたことが

1. ない 2. ある(手術名: )

(7) 今までに病気をしたことが 1. ない 2. ある(以下の内容を記入)

高血圧  腎機能障害  血管障害  心筋梗塞・心不全・先天性心疾患  糖尿病

精神疾患(精神科受診・心療内科受診・神経内科受診)  腹部手術既往(手術名: )

甲状腺疾患  膠原病  その他( )

治療経過:

(8) 月経に関して 最終月経( )月( )日 ~ ( )月( )日まで

初潮 ( )歳

月経周期( )日型 1. 規則的、2. 不規則

性交痛 1. ある、2. ない

月経痛 1. ある 鎮痛剤( )、 2. ない

年々ひどくなって 1. いる、2. いない

月経の量は年々多くなって 1. いる、2. いない

月経以外の不正性器出血が 1. ある、2. ない

最終子宮がん健診:( )年( )月( )日、結果:異常(なし、あり: )

(9) 風疹抗体検査を受けたことがありますか? ( )年( )月

(10) 現在服用中の薬はありますか? 1. ある( ) 2. ない

(11) 薬剤アレルギーはありますか? 1. ある( ) 2. ない

(12) 喘息にかかったことはありますか? 1. ある、2. ない

(13) 麻酔の経験はありますか? 1. ある、2. ない

(14) 輸血の経験はありますか? 1. ある、2. ない

(15) ご家族(血族)に病気の方はいますか。

続柄( )

糖尿病  高血圧症  血液疾患  癌  肝臓病  腎臓病  心臓病  甲状腺疾患  膠原病

その他( )

## 【外来問診票(不妊治療)】

(16) 今までに他院で不妊検査を受けたことが

1. ある⇒(17)、(18)へお進み下さい      2. ない

(17) (16)で“ある”と答えた方のみ

- ( ) ホルモン採血 ( ) 年: 異常なし、異常あり  
( ) 子宮卵管造影 ( ) 年: 異常なし、異常あり  
( ) 感染症検査 ( ) 年: 異常なし、異常あり  
( ) 性交後試験(フナーテスト) ( ) 年: 異常なし、異常あり  
( ) 内膜の検査 ( ) 年: 異常なし、異常あり  
( ) 腹腔鏡検査 ( ) 年: 異常なし、異常あり  
( ) 精液検査 ( ) 年: 異常なし、異常あり

夫の治療内容(薬など):

(18) (16)で“ある”と答えた方のみ 項目のチェックと病院名をご記入ください

- ( ) タイミング法 内服( 回)・注射( 回): 病院名( ) 期間( ~ )  
( ) 人工授精 ( 回): 病院名( ) 期間( ~ )  
( ) 体外受精 ( 回): 病院名( ) 期間( ~ )

(19) 普段の生活は規則的ですか? 1. 規則的 2. 不規則 3. どちらでもない

(20) お仕事は何をされていますか? (職種: )

(21) タバコを吸いますか? 1. 吸う(1日 本×年) 2. 吸わない

(22) お酒を飲みますか? 1. 飲む(週 回、量 ) 2. 飲まない

(23) 治療をするにあたり、ご主人の協力は得られますか?

1. 十分で得られる 2. 十分ではないが得られる 3. 得られない(理由: )

(24) 治療をするにあたり、ご意見があればお書きください。

-----  
◎受診のきっかけについてお答えください。当てはまるものに○を付けてください。

・インターネット ・情報誌 ・ご友人 ・その他( )

◎ご主人様も今後、検査など必要となる場合がありますので先にカルテを準備しております。

★すでにご主人様の診察券をお持ちの方はご記入不要です。

ご主人様のカルテを準備してもよろしいですか? はい・いいえ

・ご主人様の生年月日 ( )年( )月( )日