

リプロダクション部門 問診表 (女性用)

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日 ( ) 歳
氏名		職業				
自宅電話		携帯電話				

身長 \_\_\_\_\_ cm                      体重 \_\_\_\_\_ kg

(1) ご希望内容

- 不妊相談                       一般不妊検査                       タイミング指導  
 人工授精                       体外受精・顕微授精                       不育症  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 結婚歴

結婚年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)  
 未入籍の場合                       未婚                       婚約中                       事実婚  
 離婚歴 ( 有 ・ 無 )

(3) 不妊期間

避妊せずに妊娠しなかった期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 性交回数 \_\_\_\_\_ 回/月

(4) 月経について

初経 \_\_\_\_\_ 歳  
 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間  
 月経周期 順 ( \_\_\_\_\_ 日周期)                      不順 ( \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 日)                      無月経  
 月経量 多    普通    少  
 月経痛 強    中    弱    無

(5) 妊娠歴

① _____ 年 _____ 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外・顕微	<input type="checkbox"/> 普通分娩 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 早産 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 流産 _____ 週 処置 (有・無)	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠 _____ 週 治療法 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 中絶 _____ 週	<input type="checkbox"/> その他
② _____ 年 _____ 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外・顕微	<input type="checkbox"/> 普通分娩 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 早産 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 流産 _____ 週 処置 (有・無)	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠 _____ 週 治療法 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 中絶 _____ 週	<input type="checkbox"/> その他
③ _____ 年 _____ 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外・顕微	<input type="checkbox"/> 普通分娩 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 早産 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 流産 _____ 週 処置 (有・無)	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠 _____ 週 治療法 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 中絶 _____ 週	<input type="checkbox"/> その他
④ _____ 年 _____ 月	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> タイミング <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外・顕微	<input type="checkbox"/> 普通分娩 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 早産 _____ 週 男・女 _____ g	<input type="checkbox"/> 流産 _____ 週 処置 (有・無)	<input type="checkbox"/> 異所性妊娠 _____ 週 治療法 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 中絶 _____ 週	<input type="checkbox"/> その他

(6) 化学流産のある方

- ① \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月       自然       タイミング       人工授精       体外・顕微  
② \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月       自然       タイミング       人工授精       体外・顕微

(7) 既往歴

- 喘息      最終発作 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月  
 高血圧       糖尿病       甲状腺疾患 (      )  
 精神疾患       クラミジア       卵巣嚢腫  
 子宮筋腫       子宮腺筋症       子宮内膜症       その他 (      )

(8) 使用している薬やサプリメント (      )

(9) これまで受けた手術と内容 ( 有 ・ 無 )

- ① \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 (      )  
② \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 (      )  
③ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 (      )

(10) アレルギー

- ・ 食べ物 ( 有 ・ 無 ) (      )
- ・ 内服薬や注射 ( 有 ・ 無 )
  - 局所麻酔       抗生剤       消毒薬 (アルコールなど)
  - ラテックス (ゴム)       ホルモン薬       その他 (      )

(11) 嗜好品

- ・ お酒       飲む ( 少 ・ 多 )       飲まない
- ・ タバコ       吸う ( \_\_\_\_\_本/日 )       吸っていたことがある       吸っていない

(12) 受けられたことのある検査・治療 (お分かりになる範囲で構いません)

- 基礎体温測定 (異常あり・なし)       ホルモン値検査 (異常あり・なし)
- クラミジア検査 (異常あり・なし)       AMH 検査 (異常あり・なし)
- 抗精子抗体検査 (異常あり・なし)       精液検査 (異常あり・なし)
- 抗核抗体 (異常あり・なし)       子宮鏡・腹腔鏡 (異常あり・なし)
- ヒューナーテスト (異常あり・なし)       子宮卵管造影・通水(通気)検査 (異常あり・なし)
- 高プロラクチン血症治療

(13) これまで受けた治療

- タイミング \_\_\_\_\_回 (自然 \_\_\_\_\_回、排卵誘発 \_\_\_\_\_回)  
人工授精 \_\_\_\_\_回 (自然 \_\_\_\_\_回、排卵誘発 \_\_\_\_\_回)  
体外受精・顕微授精 採卵 \_\_\_\_\_回      新鮮胚移植 \_\_\_\_\_回      融解胚移植 \_\_\_\_\_回  
その他 (      )

(14) 診療上やむを得ず輸血を必要とした場合

- 信仰等の理由で輸血を拒否しますか       はい       いいえ