

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
 不育症 プレコンセプション(妊娠前健診) その他
 体外受精・顕微授精

体外受精・顕微授精に☑された方は以下についても記入ください

- まずは保険診療の範疇での治療を希望する
 保険外(自費)での治療も考えている・知りたい

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

裏へ続く

(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