

問診票（不妊症関連） 1/2

中原クリニック

氏名： _____

ID： _____

〈当院で希望する治療の内容について〉 * 該当項目にチェックをつけて内容がわかれば記載してください

<input type="checkbox"/> 不妊症の検査や治療を希望 [_____]
<input type="checkbox"/> 人工授精を希望 [_____]
<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン／相談のみ希望 [_____]
<input type="checkbox"/> その他 [_____]

〈結婚歴について〉

現在のパートナーとは結婚している [結婚している (西暦 _____ 年 _____ 月頃) (妻 _____ 歳) ・ 婚約中 ・ 事実婚]
夫の結婚歴 [初婚 ・ 再婚 (子供： いない ・ いる (_____ 人))]
妻の結婚歴 [初婚 ・ 再婚 (子供： いない ・ いる (_____ 人))]

〈不妊期間について〉

不妊期間 (妊活をおこなっている期間) はどれくらいですか [西暦 _____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃]
避妊していた期間がありますか [ない ・ ある (西暦 _____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃まで)]

〈家庭生活・日常生活・職業について〉

家庭生活は [円満 ・ 不和 (原因： _____)]
夫婦以外の同居者の有無 [なし ・ あり (上の子供・舅・姑・その他 (_____))]
夫： [食欲 (良好・不振)] [アルコール摂取 (毎日・時々・無)] [喫煙 (なし・あり (_____ 本/日))]
妻： [食欲 (良好・不振)] [アルコール摂取 (毎日・時々・無)] [喫煙 (なし・あり (_____ 本/日))]
夫の職業 (_____) 出張の有無 [なし ・ あり (_____ 日/月)] 転勤 [なし ・ あり]
妻の職業 (_____) 出張の有無 [なし ・ あり (_____ 日/月)] 転勤 [なし ・ あり]

〈夫婦生活について〉

夫の性欲 [ある ・ あまりない ・ 全くない] 妻の性欲 [ある ・ あまりない ・ 全くない]
最近2~3ヶ月の性交の頻度 [_____ 回/月] 性交時痛 [なし ・ あり]
性交の時期 [意識していない ・ 排卵日頃を意識している] 排卵検査薬の使用 [なし ・ あり]
夫は勃起しますか [する ・ しない] 夫は射精しますか [する ・ しない]

〈過去に他院でおこなった不妊症検査について〉

今回の妊娠を希望するにあたり、他院へ検査や治療の目的で通院されていましたが [なし ・ あり]
指摘された不妊原因 [排卵障害・卵管異常・子宮内膜症・子宮筋腫・精子の異常・性交障害・年齢
その他 (_____)]

卵巣機能検査	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]
甲状腺機能検査	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]
子宮卵管造影検査	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]
子宮鏡検査	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]
フナーテスト	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]
AMH (抗ミュラー管ホルモン)	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]
腹腔鏡検査	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]
精液検査	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃	結果：正常・異常・不明)]

〈過去に他院でおこなった治療について〉

タイミング法	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃まで)]
排卵誘発法	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃まで)]
人工授精	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃まで)]
体外受精 (ART治療)	[なし・あり (_____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 年 _____ 月頃まで)]

問診票（不妊症関連）2/2

中原クリニック

氏名： _____

ID： _____

●奥様についておたずねします

*あてはまる項目にチェックまたは記入してください

〈基礎体温について〉

[つけていない・つけている（高温期と低温期がはっきりしている・バラバラ）]

〈過去の予防接種について〉

風疹ワクチン 水痘ワクチン 麻疹ワクチン BCG

[風疹抗体検査の有無：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

〈性感染症および骨盤内感染症の既往について〉

クラミジア [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

淋菌 [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

ヘルペス [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

HPV [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

梅毒 [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

HIV [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

ウイルス性肝炎 [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

●ご主人様についておたずねします

*あてはまる項目にチェックまたは記入してください

生年月日： S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

〈過去の予防接種について〉

風疹ワクチン 水痘ワクチン 麻疹ワクチン BCG

[風疹抗体検査の有無：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

〈性感染症および骨盤内感染症の既往について〉

クラミジア [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

淋菌 [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

ヘルペス [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

尖圭コンジローマ [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

梅毒 [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

HIV [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

ウイルス性肝炎 [罹患：なし・あり] [治療：なし・あり（ _____ 年 _____ 月頃）]

〈現在・今までにかかったことのある病気について〉

これまでににかかった主な病気[高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・貧血・喘息・緑内障・肝炎・その他（ _____ ）]

成人してからおたふく風邪にかかったことはありますか [いいえ ・ はい]

現在治療中の病気[ない ・ ある（ _____ ）]

現在服薬中の薬 [ない ・ ある（ _____ ）]

育毛剤や痩せ薬を使用していますか[いいえ・はい（製品名： _____ ）]

両親や兄弟で遺伝性の病気にかかった方はいますか[いいえ・はい（病名： _____ ）]

〈アレルギーについて〉

[ない ・ ある（蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・花粉症）]

食物 _____ 薬物 _____ その他 _____