

問診票（不妊症関連）1/2

〈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

- 不妊症の検査や治療を希望 []
- 人工授精を希望 []
- セカンドオピニオン／相談のみ希望 []
- 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 歳時)・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)]
フーナーテスト [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

●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〉

普段基礎体温を記録していますか？ [はい・いいえ]

(記録している場合) 基礎体温はどうですか？ [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

〈ご主人の年齢と生年月日について〉

生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳)

〈ご主人の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)]

〈ご主人の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)]

〈ご主人の現在・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 ()]

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：)]

〈ご主人のアレルギーについて〉

[ない ・ ある (じんま疹・アトピー性皮膚炎・花粉症)]

食物 薬物 その他

*自由記入欄