

## 問診票②（不妊治療中または不妊治療の経験のある方へ）

フリガナ		ID	
氏名	( 才 )	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	夫氏名: _____、生年月日: 昭和・平成 年 月 日(満 才) (〒 - )		
	自宅電話 有・無	携帯電話 有・無	
	TEL: - -	携帯: - -	

この問診表は、次のような方にご記入いただきます

- 妊娠を希望され、すでに他院にて不妊治療中の方、
- 不妊治療で妊娠するも流産を繰り返している方、または他院にて不育症の検査・治療をしている方
- 一人目が体外受精を含む不妊治療で妊娠して分娩し、第2子をご希望の方

ご不明な点や記入しづらい部分、説明しづらい項目に関しては、直接担当医師にご相談下さい。

### I これまでの治療についてお聞きします

1. これまでにどのような不妊治療をされましたか。(複数回答可)  
( タイミング治療 ・ 排卵誘発 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 )
2. これまでにどのような検査を受けましたか。(複数回答可)  
( 卵管造影検査 ・ 精液検査 ・ 腹腔鏡検査 ・ 子宮鏡検査 ・ その他 )  
卵管造影検査の結果は ( 両側通過 ・ 片側のみ通過 ・ 両側閉鎖 ) ( \_\_\_\_\_年\_\_月実施)  
精液検査の結果は ( 少ない ・ 普通 ・ よく聞いている )  
ご存じであれば、 \_\_\_\_\_ 万/ml、運動率 \_\_\_\_\_ %)
3. 検査の時にかなりの痛みや、精神的に苦痛はありましたか。 ( はい ・ いいえ )  
( 具体的に: \_\_\_\_\_ )
4. 前の医師から不妊症、または不育症の原因についてどのような説明がありましたか。  
( 具体的に: \_\_\_\_\_ )

**検査結果がお手元にある方はお持ちください。参考にさせていただきます**

### II これまでの妊娠・分娩についてお聞きします

1. これまでに自然妊娠したことがありますか ( あり ・ なし )  
妊娠 \_\_\_\_\_回、分娩 \_\_\_\_\_回、流産 \_\_\_\_\_回、その他 \_\_\_\_\_回
2. 不妊治療での妊娠はありますか ( あり ・ なし )  
ある場合の治療法は、( タイミング法 ・ 人工授精 ・ 体外受精胚移植 ・ 凍結胚移植 )

3. これまでの妊娠および分娩歴を教えてください

	年 月	正常分娩・帝王切開の既往		流早産の場合	不妊・不育症治療の有無
1	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週
2	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週
3	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週
4	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週

Ⅲ 人工授精を受けたことがある方におたずねします

人工授精の回数： 回、妊娠の有無（あり・なし）

Ⅲ 体外受精胚移植（顕微授精を含む）を受けたことがあるかたにおたずねします。

1. これまでの体外受精での採卵回数（ \_\_\_\_ 回）、（体外受精 \_\_\_\_ 回、顕微授精 \_\_\_\_ 回）
2. 妊娠できましたか（はい・いいえ）
3. どちらのクリニックで受けられましたか（1、 2、 ）
4. ①採卵数（ \_\_\_\_ 個）、受精した個数（体外受精： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 顕微授精 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ）  
②採卵数（ \_\_\_\_ 個）、受精した個数（体外受精： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 顕微授精 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ）  
③採卵数（ \_\_\_\_ 個）、受精した個数（体外受精： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 顕微授精 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ）
5. 子宮に戻したご自分の受精卵を見せてもらいましたか（はい・いいえ）
6. 凍結胚はできましたか（はい・いいえ）
7. これまでの胚移植の回数は 新鮮胚移植 \_\_\_\_ 回、凍結胚移植 \_\_\_\_ 回

Ⅱ 今後の不妊治療に対して、希望のものに丸印をつけて下さい（複数回答可）

- 排卵やホルモン環境を整えるが、タイミングを見ながらゆっくりすすめる。
- なるべく早く人工授精してほしい。
- 体外受精/顕微授精まですぐにでもすすめたい。

Ⅳ ご主人、またはパートナーは不妊治療に協力的ですか（はい・いいえ）

「いいえ」の場合、どのような理由からですか。

（不妊治療は必要ない・受診したくない・検査がいやだ・時間がない）

Ⅴ 不妊治療を受ける上で、時間や検査の心配、またご主人に対して気がかりなことはありますか？

ご自由にお書きください

## VI 現在のご自身の状態についてお伺いします。

1. 初めて月経が来たのは \_\_\_\_\_ 才。
2. 最後の月経は、\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_ 日間、月経周期は（ 順調 ・ 不順 ）  
順調な方、月経周期は \_\_\_\_\_ 日周期、期間は \_\_\_\_\_ 日間  
不順な方、（ 2ヵ月に一度程度 ・ 年に数回程度 ・ 薬を飲まないとかない ）
3. 月経痛は（ ひどくてつらい ・ 鎮痛薬があれば我慢できる ・ ほとんどない ）
4. 月経痛のひどい方にお伺いします（複数回答可）  
（ 肛門の奥がちくちく痛む ・ 性交痛がある ・ 月経以外の時も重苦しい  
・ 月経時には胃痛や下痢に悩まされる ・ 頭痛がひどい ）
5. 痛み止めを飲む人にお聞きます（ 薬品名： \_\_\_\_\_、1日 \_\_\_\_ 回 × \_\_\_\_ 日間 ）
6. 月経の量は（ 気にならない程度である ・ 多くて困る ・ 期間が長くて困る ）
7. 今までに婦人科検診・子宮ガン検診を受けたことがありますか  
（ 毎年うけている ・ 受けたことがある（ \_\_\_\_\_ 年前） ・ 一度も無い ）
8. これまでに婦人科検診で異常を指摘され、再検査や精密検査を受けたことがありますか  
（ 一度も無い ・ 再検査の結果異常なし ・ 手術/治療した ・ 経過観察中 ）
9. 検査の結果、治療した、または現在も定期的に通院している方にお聞きます。  
\_\_\_\_\_ 才時、病名： \_\_\_\_\_ （ 治癒 ・ 経過観察中 ）
10. これまでに子宮、または卵巣や卵管の手術をしたことがありますか （ はい ・ いいえ ）  
「はい」の場合： \_\_\_\_\_ 才、手術名： \_\_\_\_\_
11. これまでに他の手術や病気にて化学療法や放射線治療を受けたことがありますか  
「はい」の場合： \_\_\_\_\_ 才、どこの手術または病気： \_\_\_\_\_  
化学療法の場合、 \_\_\_\_\_ 回、放射線治療の場合、部位： \_\_\_\_\_
12. 現在治療中の病気、または常用している薬はありますか （ はい ・ いいえ ）  
「はい」の場合、具体的に \_\_\_\_\_
13. ぜん息 ・ くすりや食べ物のアレルギーはありますか （ ある ・ ない ）  
ぜん息（ 最近の発作は \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 ）、薬品名・食品名 \_\_\_\_\_

## VII 最後にあなたの体質に関してお聞きます

- 冷え性がある （ はい ・ いいえ ）  
ひどい便秘症がある （ はい ・ いいえ ）  
下痢しやすい、またはいつも便がゆるい （ はい ・ いいえ ）  
胃の具合がわるい、もたれやすい （ はい ・ いいえ ）

当クリニックは皆様が安心して診察を受けられるよう常に心がけています。特にプライバシーの保護に関しては医師・看護婦はもとより全スタッフが細心の注意を払っております。ご不満やお気づきの点がありましたら院長・看護師長・不妊カウンセラー・不妊コーディネーターまでご相談下さい