

問診票①（初めて今回不妊治療する方へ）

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 TEL: - -	携帯電話 有・無 携帯: - -	

この問診表は、次のような方にご記入いただきます

- 妊娠を希望される方でこれまで治療歴のない方、
- 妊娠するものの流産を繰り返している方、
- 元来月経不順もあり、これから妊娠を希望される女性

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 全員の方に質問をいたします。

1. 結婚していますか (はい・いいえ)
 (本人: 初婚・再婚、夫/パートナー: 初婚・再婚)
2. 結婚して、または避妊せずおつきあいして何年になりますか _____ 年
3. 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: _____
4. 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: _____
5. 現在、基礎体温をつけていますか (はい・いいえ)
 「はい」の方は診察時にお見せください(スマホでも結構です)
6. タバコを吸いますか (はい・いいえ) 「はい」の場合、1日 _____ 本
7. 日常적으로お酒を飲みますか (はい・いいえ)
 「はい」の場合、週 _____ 回 (どのくらいの量 _____)

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。
- 必要なら体外受精まですすめたい。

Ⅲ 年齢や卵巣機能に不安があり、なるべく早く体外受精を希望しますか (はい ・ いいえ)

ご主人はあなたと同じ意見ですか。 (はい ・ いいえ)

「いいえ」の場合、どこまでとお考えですか。

(_____)

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、時間のことや、検査の心配や不安、または夫のEDや性交痛など、セックスのことで悩んでいる事がありますか。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カ月に一度程度 ・ 年に数回程度 ・ 薬を飲まないといけない)
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します
(薬品名: _____、量と期間: 1日 ____錠 × ____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します。
_____才時、病名: _____ (治癒 ・ 経過観察中)
10. 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
11. 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 _____

V これまでの妊娠・分娩についてお聞きます

これまでに妊娠したことがありますか (はい・いいえ)

妊娠 _____回、分娩 _____回、流産 _____回、その他 _____回

	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
		週	g			
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	

VII 最後にあなたの体質についてお聞きます

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)

運動しても汗をかきにくい (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