

不妊問診表

仮番号：

ID：

記載年月日：西暦

年 月 日

フリガナ	生年月日		
名前	西暦	年	月 日 (満 歳)
勤務先 (職種)	身長	体重	血圧
	cm	kg	/
フリガナ	住所 (〒 -)		
携帯 電話番号	緊急連絡先 夫・父・母・その他 ()		
自宅 電話番号	電話番号		
メールアドレス			
フリガナ	生年月日		
名前 夫・パートナー (どちらか○つけてください)	西暦	年	月 日 (満 歳)
電話番号	同居の有無 有 ・ 無		

1) 今回来院した理由

赤ちゃんができにくい 不妊症かどうか調べたい
不妊症の治療をしたい (タイミング療法 ・ 人工授精 ・ 体外受精)
流産しやすい 不育症の検査治療をしたい
相談 (内容:)

2) 月経歴および妊娠歴についてお聞かせください。

一番最近の月経はいつからですか? _____月 _____日から _____日間

普段の月経周期は何日型ですか? 月経周期 _____日 (規則的 ・ 不順)

月経に伴う症状について

出血が多い 月経痛がひどい その他 ()

ご結婚されてから何カ月くらいたちますか? _____年 _____ヶ月

赤ちゃんがほしいと思ってチャレンジして何カ月くらいたちますか? _____年 _____ヶ月

これまでに妊娠したことはありますか? なし ・ あり

「あり」とお答えになった方は妊娠歴について以下にお答えください。

妊娠回数 _____回、出産回数 _____回、流産回数 _____回、中絶回数 _____回

年 月	妊娠方法	妊娠転帰
西暦 年 月 週	自然 人工授精 体外受精	正常分娩 帝王切開 流産 子宮外妊娠 中絶
西暦 年 月 週	自然 人工授精 体外受精	正常分娩 帝王切開 流産 子宮外妊娠 中絶
西暦 年 月 週	自然 人工授精 体外受精	正常分娩 帝王切開 流産 子宮外妊娠 中絶
西暦 年 月 週	自然 人工授精 体外受精	正常分娩 帝王切開 流産 子宮外妊娠 中絶

裏面も記入をお願いします →

タバコを吸う習慣はありますか？ なし ・ あり

過去に入院や手術を必要とする病気をしたことはありますか？ なし ・ あり

病名 時期

病名 時期

現在、上記以外に他の医療機関で治療中の病気はありますか？ なし ・ あり

また、現在服用中の薬がありましたらご記入下さい。

薬剤名 (服用期間 ____月 ____日～ ____月 ____日)

薬剤名 (服用期間 ____月 ____日～ ____月 ____日)

7) 家族歴について

ご家族に不妊症や不育症の方はいらっしゃいますか？ なし ・ あり

ご家族に遺伝的な病気の方はいらっしゃいますか？ なし ・ あり

8) 希望する診察内容について (同日に保険診療と自費診療は併用できません)

保険診療内での診察のみ希望

原則保険診療を希望するが、自費診療も必要に応じて検討する

自費診療を含めて最善の治療を希望

9) 今までに不妊症や不育症の検査・治療の経験がありますか？ なし ・ あり

「あり」とお答えになった方はその内容についてご記入下さい。

	施設名	検査時期	結果のコピー
ホルモン検査		西暦 年 月頃	なし ・ あり
卵管造影検査		西暦 年 月頃	なし ・ あり
フーナー検査		西暦 年 月頃	なし ・ あり
黄体機能検査		西暦 年 月頃	なし ・ あり
精液検査		西暦 年 月頃	なし ・ あり
不育症検査		西暦 年 月頃	なし ・ あり

他院で自己注射の経験はありますか？ なし ・ あり

10) 他院で体外受精を行ったことがある方にお聞きします。

今まで行った採卵・移植についてわかる範囲で記載してください。

保険で行える体外受精に回数の制限があります。40歳未満までに開始された方であれば、移植回数6回まで、40歳以上43歳未満の方であれば移植回数3回までです。その間の採卵回数は問いません。

わからなければ保険による移植回数のみ記載をしてください。(保険による移植 回)

裏面も記入をお願いします →

採卵について：

誘発法	年月日	採卵個数	凍結個数	保険・自費	備考（合併症）
	西暦 年 月 日	個	個	保険・自費	
	西暦 年 月 日	個	個	保険・自費	
	西暦 年 月 日	個	個	保険・自費	
	西暦 年 月 日	個	個	保険・自費	

移植について：

胚移植法	年月日	移植個数	妊娠	転帰	保険・自費
新鮮胚移植・凍結胚移植	西暦 年 月 日	個	有・無	分娩・化学流産・初期流産・子宮外妊娠	保険・自費
新鮮胚移植・凍結胚移植	西暦 年 月 日	個	有・無	分娩・化学流産・初期流産・子宮外妊娠	保険・自費
新鮮胚移植・凍結胚移植	西暦 年 月 日	個	有・無	分娩・化学流産・初期流産・子宮外妊娠	保険・自費
新鮮胚移植・凍結胚移植	西暦 年 月 日	個	有・無	分娩・化学流産・初期流産・子宮外妊娠	保険・自費

11) そのほかお聞きになりたいことがある方は自由にご記載ください。