

診察券番号： \_\_\_\_\_

# 不妊問診票

20 年 月 日

本人	(ふりがな) 氏名	【 歳 】	夫または パートナー ※不妊治療の 方は記載必須	(ふりがな) 氏名	【 歳 】
	生年月日【S・H	年 月 日】		生年月日【S・H	年 月 日】
現住所 〒					
携帯電話 【 】			携帯電話 【 】		
職業 【 】			職業 【 】		
血液型 【 型 Rh (+・-) / 不明】			血液型 【 型 Rh + / - / 不明】		
*必須記載* 緊急連絡先(ご本人様以外で)【TEL: _____ / 続柄: _____】					

## 本日の受診について

不妊相談 プライダルチェック (助成金および保険診療対象外)

## 月経について

初経: 歳

最終月経: 年 月 日から

出血のある期間: 日間

月経周期: ~ 日周期 順/不順

基礎体温: 無/有

月経量: 少ない/普通/多い

月経痛: 無/軽度/痛/激痛

## 結婚・妊娠・分娩について

性交渉の経験はありますか? ある/ない

結婚していますか?

既婚: 年 月 日: 初婚/再婚 夫: 初婚/再婚

未婚: 入籍予定はありますか? 無/有 → 年 月 日

妊娠したことがありますか? 無/有 → 詳細を記載してください。

出産	【 回】	【時期: _____】
流産	【 回】	【時期: _____】
中絶	【 回】	【時期: _____】

身長: 【 cm】 体重: 【 kg】

感染症はありますか? 無/B型肝炎/C型肝炎/梅毒/HIV/不明

てんかん・けいれん発作を起こしたことがありますか? 無/有 → (年 月)

喘息の既往はありますか? 無/有 → (最終発作 年 月)

喫煙しますか? 無/有 → (本/日)/以前喫煙していた

現在、服用している薬(サプリメントを含む)はありますか? 無/有 → 薬剤名を記載してください。

既往・現病歴: 無/有 → 診断時期/疾患名/処方内容/病院名 を記載してください。

ex)2015~通院中/バセドウ病/内服なしで定期通院/〇〇クリニック

手術歴: 無/有 → 手術時期/手術内容/病院名 を記載してください。

ex)2019年5月/子宮筋腫摘出術/〇〇病院

アレルギーはありますか?(薬・食べ物・花粉症など): 無/有 → 具体的に記載してください。

アルコール綿球 テープ・絆創膏 天然ゴム(ラテックスアレルギー) 金属  
その他 → 具体的に記載してください。

※裏面も記載をお願いします

検査歴について

子宮頸がん検査	<input type="checkbox"/> 受けたことがない / <input type="checkbox"/> 受けたことがある【 年 月 日：異常なし / 要観察(詳細) 】
クラミジア検査	<input type="checkbox"/> 受けたことがない / <input type="checkbox"/> 受けたことがある【 年 月 日：異常なし / 異常あり→治療 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> してない】
風疹抗体検査	<input type="checkbox"/> 受けたことがない / <input type="checkbox"/> 受けたことがある【 年 月 日： <input type="checkbox"/> 抗体あり / <input type="checkbox"/> 抗体なし 】
風疹ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 接種したことがない / <input type="checkbox"/> 接種したことがある【 年 月 日】

ご希望の治療を教えてください。

不妊の検査/タイミング指導(排卵日指導)/人工授精(AIH)/体外受精

その他【 】

今後の治療についてご希望はありますか？

自然妊娠のみ希望/人工授精までは考えている/医学的に必要ならば体外受精まで考える

その他【 】

その他心配なこと、聞いておきたいことはありますか？

不妊期間はどれくらいですか？ : 【 年 ヶ月】(避妊なしで性交渉をしている期間)

性交障害はありますか？ : 無/有

性交痛はありますか？ : 無/有

性交渉は月に何回くらいありますか？ : 【約 回】

不妊治療を受けたことがありますか？ : 無/有 → 【通院期間： 病院名： 】

これまでに受けた不妊検査の内容を教えてください。

基礎ホルモン検査	<input type="checkbox"/> 無/ <input type="checkbox"/> 有	年 月	<input type="checkbox"/> 異常なし/ <input type="checkbox"/> 異常あり→
卵管検査	<input type="checkbox"/> 無/ <input type="checkbox"/> 有	年 月	<input type="checkbox"/> 異常なし/ <input type="checkbox"/> 異常あり→
フーナー検査	<input type="checkbox"/> 無/ <input type="checkbox"/> 有	年 月	<input type="checkbox"/> 良好/ <input type="checkbox"/> やや不良/ <input type="checkbox"/> 不良/ <input type="checkbox"/> その他【 】
黄体機能ホルモン検査	<input type="checkbox"/> 無/ <input type="checkbox"/> 有	年 月	<input type="checkbox"/> 異常なし/ <input type="checkbox"/> 異常あり→
精子検査	<input type="checkbox"/> 無/ <input type="checkbox"/> 有	年 月	<input type="checkbox"/> 異常なし/ <input type="checkbox"/> 異常あり→
その他	【 】		

これまでに受けた不妊治療の内容を教えてください。

<input type="checkbox"/> 排卵誘発剤(内服・注射)→薬剤名：	<input type="checkbox"/> 黄体補充(内服・注射)→薬剤名：
タイミング指導【 回】	人工授精【 回】
採卵【 回→IVF 回/ICSI 回】	移植【 回】

定期的な通院はどのくらいまで可能ですか？ : 必要に応じ可能/平日は夜のみ/土日のみ/ほとんど不可能

当院までの所要時間はどれくらいですか？ : 【自宅から/会社から】 【徒歩/電車/車】 【約 分】

ご主人は不妊治療に協力的ですか？ : かなり協力的/まあまあ協力的/協力的とはいえない

当院を何で知りましたか？

紹介【 】 当院HP 当院Blog 当院Instagram 看板

雑誌【 】 その他インターネット【 】 その他【 】