

## 不妊問診票（女性用）

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長（ \_\_\_\_\_ ） cm 体重（ \_\_\_\_\_ ） kg

## 1. ご希望される検査・治療は何ですか？（□に✓を入れてください。）

- 不妊検査のみ希望  
 不妊検査・治療希望  
 排卵のタイミングを見て欲しい（ 検査はする・ 検査はしたくない ）  
 人工授精希望  
 体外受精・顕微授精希望

## 2. 結婚・性生活について

結婚（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）  未婚（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月結婚予定 ・ 結婚予定はない ）

結婚後の避妊期間がありますか？（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月まで）

どうして避妊していたのですか？ \_\_\_\_\_

妊娠を希望して性生活している期間は？（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月）

性交渉の回数は？ 1か月に（ \_\_\_\_\_ ）回程

性生活でお困りのことはありますか？

（ 痛くてできない  夫が挿入できない  夫が膈内で射精できない  その他）

## 3. 妊娠したことはありますか？ ある ・ ない

妊娠したことがある方は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ 出産・ 流産 ・ その他）（ 自然妊娠・不妊治療 ）  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ 出産・ 流産 ・ その他）（ 自然妊娠・不妊治療 ）  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ 出産・ 流産 ・ その他）（ 自然妊娠・不妊治療 ）

## 4. 月経について

(1) 初潮（初めての月経）（ \_\_\_\_\_ ）才

(2) 一番最近の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から その前の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

(3) 月経は何日周期ですか？（ \_\_\_\_\_ ）日型（\*開始日から次の開始日前日までの日数）

不順の場合（ \_\_\_\_\_ ）日 ～ （ \_\_\_\_\_ ）日

(5) あなたの月経の量は（ 多い・ 普通 ・ 少ない ）

(6) 月経痛は（ 強い ・ 少しある ・ なし ）

鎮痛剤の服用は？（ ある：薬剤名 \_\_\_\_\_ ・ なし ）

## 5. 病気・アレルギー・薬について

(1) 子宮がん検診を受けた事がありますか？（はい ・ いいえ）

はいの方 → 一番最近に受けたのはいつですか？（平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）

(2) 今までにかかった病気・受けた手術があればお書きください。

（ \_\_\_\_\_ ）

(3) 現在内服中の薬はありますか？→はい（ \_\_\_\_\_ ） ・ いいえ

(4) 薬のアレルギーはありますか？→はい（ \_\_\_\_\_ ） ・ いいえ

(5) 薬以外（ゴム、食べ物等）のアレルギーはありますか？→はい（ \_\_\_\_\_ ） ・ いいえ

(6) ご家族で病気の方はいますか？→いない ・ いる（ \_\_\_\_\_ ）

6. 生活について

お仕事をされていますか？ ( はい ・ いいえ ) 職業 ( \_\_\_\_\_ )  
 運動はしていますか？ ( はい：内容 \_\_\_\_\_ ・ いいえ )

7. 妊娠のための生活について

基礎体温は測っていますか？ ( はい ・ いいえ )  
 排卵のタイミングをどのようにとっていましたか？  
 ( 基礎体温で ・ 尿の排卵検査薬で ・ アプリ ・ その他・とりかたがわからない )  
 葉酸のサプリメントは飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )  
 その他のサプリメントは飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )

8. 今までに不妊検査・不妊治療を受けたことが ( ある ・ ない )

あれば、下記にお答えください。

(1) 施設名 \_\_\_\_\_

(2) 通院期間 年 月から 年 月まで

(3) 受けた検査

- 精液検査 ( 年 月 ) 異常あり ・ なし
- 子宮卵管造影 ( 年 月 ) 異常あり ・ なし
- フーナー（ヒューナー）テスト ( 年 月 ) 異常あり ・ なし
- クラミジア検査 ( 年 月 ) 異常あり ・ なし
- ホルモン検査 ( 年 月 ) 異常あり ・ なし
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

(4) 治療内容

タイミング指導 ・ 排卵誘発剤内服 ( 月 )  
 人工授精 ( ) 回 ・ 体外受精 ( ) 回 最終 年 月

9. 本日、ご自身の母子手帳はお持ちですか？ ( はい・いいえ )

今までに、麻疹・風しんの予防接種を受けたことがありますか？

( ない ・ 麻疹ワクチン ・ 風しんワクチン ・ 麻疹風しん混合ワクチン )

1 回目：接種年月日 ( S・H 年 月 日 )

2 回目：接種年月日 ( S・H 年 月 日 )

10. ご主人の職業は何ですか？ ( \_\_\_\_\_ ) 年齢は ( \_\_\_\_\_ ) 歳

11. 当院を受診されたきっかけは何ですか？ (複数回答可)

( 友人知人から聞いた ・ 当院ウェブサイトを見て ・ 他ウェブサイトを見て ・ 検索で知った ・ その他 )

12. 心配なこと、治療に関する質問、ご希望など、ご自由にお書きください。

---



---



---



---



---