

リプロダクション・婦人科内視鏡治療センター問診票（不妊治療） No.1

記入日 20____年____月____日

氏名_____様 年齢_____才 西暦_____年____月____日生

身長_____cm 体重_____kg 職業_____

緊急連絡先（携帯電話番号など）_____

夫・パートナー氏名_____様 年齢_____才 当院ID：_____

夫・パートナーの緊急連絡先（携帯電話番号など）_____

1. 【当院を受診したきっかけは何ですか？ 該当するものに○を付けて下さい】

- ① インターネット（a～eの中から1つ選んで下さい）
 a.広告サイト b.山王病院ホームページ c.YouTube d.TikTok e.インスタグラム f.X（旧 Twitter）
 ② 家族や知人・友人からの紹介
 ③ 他の医療機関からの紹介 ④その他（_____）

2. 【他院で不妊検査や不妊治療を受けたことはありますか？】

なし あり（_____）病院・クリニック⇒紹介状や検査結果は初診時にご持参ください。

3. 【受診理由】 該当する番号および項目を○で囲み、ご記入下さい。（複数選択可）

- ① 不妊期間はおよそ_____年_____ヶ月（子供を作ろうとしているが妊娠しない期間）
 ② 不妊検査を受けたい
 ③（タイミング法・人工授精・体外受精）を希望する
 ④ 性交渉をもつのが難しい
 ⑤ 凍結卵があるため、移植治療をしたい
 ⑥（凍結卵・凍結精子）の凍結更新の手続きをしたい
 ⑦ その他（_____）

4. 【結婚について】 該当するものを○で囲み、ご記入ください。

ご本人・既婚(結婚_____才)・事実婚・結婚予定あり(パートナーあり)・未婚(性交経験 あり・なし)
 ・離婚歴あり⇒ 子供なし 子供あり(_____人) ・その他(_____)

夫・パートナー(同居・別居)・離婚歴なし・離婚歴あり⇒ 子供なし 子供あり(_____人)

5. 【月経について】 該当するものを○で囲み、ご記入ください。

初経 _____才
 月経周期 _____日～_____日周期（平均_____日周期） ・順調・不順・その他（_____）
 出血持続 _____日間 月経量（多い・ふつう・少ない・わからない）

月経困難症 なし・あり⇒（下腹痛 ・腰痛 ・頭痛 ・その他_____）

基礎体温 つけていない・つけている⇒低温期と高温期が（ある・ない・はっきりわからない）

最終月経 _____月____日から_____月____日まで_____日間

6. 【妊娠、出産について】 以下にご記入ください。

妊娠_____回 出産_____回（⇒うち、妊娠22週以降の出産_____回 死産_____回）
 自然流産_____回 人工妊娠中絶_____回
 異所性（子宮外）妊娠_____回（右卵管・左卵管・その他_____・不明） 胎状奇胎_____回

これまでの妊娠について具体的にお書きください。

No.2

①	.....年 (.....才) ・自然妊娠 ・タイミング妊娠 ・人工授精 ・体外受精または顕微授精 ⇒ ・自然分娩 ・帝王切開 ・流産 ・中絶 ・その他 (.....) 妊娠中・出産時・児について⇒異常なし・異常あり (.....)
②	.....年 (.....才) ・自然妊娠 ・タイミング妊娠 ・人工授精 ・体外受精または顕微授精 ⇒ ・自然分娩 ・帝王切開 ・流産 ・中絶 ・その他 (.....) 妊娠中・出産時・児について⇒異常なし・異常あり (.....)
③	.....年 (.....才) ・自然妊娠 ・タイミング妊娠 ・人工授精 ・体外受精または顕微授精 ⇒ ・自然分娩 ・帝王切開 ・流産 ・中絶 ・その他 (.....) 妊娠中・出産時・児について⇒異常なし・異常あり (.....)

7.【不妊検査等について】受けたこと(なし・あり)⇒ありの場合、受けた検査に☑し、結果や検査日をご記入ください。また確認のため、検査結果をご持参ください。

<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診： 異常なし ・異常あり (.....) (検査日.....年.....月.....日)
<input type="checkbox"/> 風疹抗体 (HI) :倍 (検査日.....年.....月.....日) ・幼少時に風疹に罹患した ・風疹ワクチンを接種した (.....) 才 ・わからない
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能: TSH..... μ IU/ml ・FT4.....ng/dl ・FT3.....pg/ml (検査日.....年.....月.....日)
<input type="checkbox"/> 感染症検査 (検査日.....年.....月.....日) HBs 抗原 (.....) HCV 抗体 (.....) 梅毒 (RPR(.....)・TPLA(.....)) HIV (.....)
<input type="checkbox"/> クラミジア抗体: IgA(.....)・IgG(.....) (検査日.....年.....月.....日)
<input type="checkbox"/> 抗ミュラー管ホルモン (AMH) :(ng/ml・mol/L) (検査日.....年.....月.....日)
<input type="checkbox"/> 月経中ホルモン検査 (検査日.....年.....月.....日) LH :mIU/ml FSH :mIU/ml エストラジオール :pg/ml プロラクチン :ng/ml
<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査、または卵管通水検査 (検査日.....年.....月.....日) ・異常なし ・異常あり (具体的に.....)
<input type="checkbox"/> 性交後試験 (フーナー検査) (検査日.....年.....月.....日) ・異常なし ・異常あり (具体的に.....)
<input type="checkbox"/> 精子不動化抗体: なし ・ あり (検査日.....年.....月.....日)
<input type="checkbox"/> 黄体機能検査 (検査日.....年.....月.....日) エストラジオール :pg/ml プロゲステロン :ng/ml
<input type="checkbox"/> 不育症検査 (検査日.....年.....月.....日) ・異常なし ・異常あり (具体的に.....)
<input type="checkbox"/> 精液検査 (検査日.....年.....月.....日) ・異常なし ・異常あり (具体的に.....) ⇒治療・手術 (なし・あり.....) (.....年.....月頃) (.....) 病院
<input type="checkbox"/> その他の検査 (.....) (検査日.....年.....月.....日) 検査結果 (.....)

8.【婦人科疾患について】診断や治療を受けたこと（なし・あり）⇒ありの場合、以下☑し、ご記入ください。

子宮頸がん検診の異常を指摘されている⇒（定期通院中・手術を受けた）（.....）病院
子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・子宮内膜ポリープ・子宮腺筋症・クラミジア・その他.....
 と診断され、（手術を受けた⇒術式.....（.....年.....月頃）
 （.....）病院 手術以外の治療（.....） 経過観察のみ）
その他

9.【不妊治療について】受けたこと（なし・あり）

⇒ありの場合、以下☑し、ご記入ください。また治療内容をご自分でまとめたものがあればご持参ください。

タイミング療法回（.....年.....月～.....年.....月）（.....）病院・クリニック
人工授精回（.....年.....月～.....年.....月）（.....）病院・クリニック
体外受精（.....年.....月～.....年.....月）（.....）病院・クリニック
 採卵：.....回 ⇒受精法（・体外受精.....回 ・顕微授精.....回 ・体外と顕微半々ずつ.....回）
 新鮮胚移植：.....回 凍結融解胚移植：.....回

10.【体外受精について】以下に具体的な治療内容についてわかる範囲でご記入ください。

なお、卵巣刺激法は下の（A）～（H）から選び、アルファベットでご記入下さい。

排卵誘発法

（A）自然周期法 （B）クロミッド（セロフェン）法 （C）クロミッド-HMG法 （D）アンタゴニスト法
 （E）long法 （F）short法 （G）その他（.....）法 （H）わからない

採卵・新鮮胚移植について、該当するものに○をつけ、ご記入ください。

①	.....年.....月	排卵誘発法（.....）法（←A～Hで）	採卵.....個	受精法（体外受精・顕微授精・半々）	受精.....個	新鮮胚移植.....個⇒妊娠（なし・あり）	胚凍結.....個
②	.....年.....月	排卵誘発法（.....）法（←A～Hで）	採卵.....個	受精法（体外受精・顕微授精・半々）	受精.....個	新鮮胚移植.....個⇒妊娠（なし・あり）	胚凍結.....個
③	.....年.....月	排卵誘発法（.....）法（←A～Hで）	採卵.....個	受精法（体外受精・顕微授精・半々）	受精.....個	新鮮胚移植.....個⇒妊娠（なし・あり）	胚凍結.....個
④	.....年.....月	排卵誘発法（.....）法（←A～Hで）	採卵.....個	受精法（体外受精・顕微授精・半々）	受精.....個	新鮮胚移植.....個⇒妊娠（なし・あり）	胚凍結.....個

凍結融解胚移植について該当するものに○をつけ、ご記入ください。

①	.....年.....月	（自然・ホルモン周期）移植胚数（.....）個	（分割胚・胚盤胞）⇒妊娠（なし・あり）
②	.....年.....月	（自然・ホルモン周期）移植胚数（.....）個	（分割胚・胚盤胞）⇒妊娠（なし・あり）
③	.....年.....月	（自然・ホルモン周期）移植胚数（.....）個	（分割胚・胚盤胞）⇒妊娠（なし・あり）
④	.....年.....月	（自然・ホルモン周期）移植胚数（.....）個	（分割胚・胚盤胞）⇒妊娠（なし・あり）
⑤	.....年.....月	（自然・ホルモン周期）移植胚数（.....）個	（分割胚・胚盤胞）⇒妊娠（なし・あり）

11.【婦人科以外の既往歴】 これまでにかかった病気や手術について☑してください。

消化器（食道・胃・腸・虫垂炎） 呼吸器（喘息含む） 循環器（心臓・血管） 肝臓・胆嚢・膵臓
腎臓 高血圧 糖尿病 甲状腺 血液 リウマチ・膠原病 アレルギー 感染症 泌尿器
整形外科 眼科 皮膚科 耳鼻科 脳神経外科 神経科 心療内科・精神科 その他.....

以下に具体的にご記入ください。

① 病名.....（.....年.....月頃）（.....）才（治癒・治療中・手術）
 内服中の薬 なし・あり（.....）（.....）病院

② 病名.....（.....年.....月頃）（.....）才（治癒・治療中・手術）
 内服中の薬 なし・あり（.....）（.....）病院

③ 病名.....（.....年.....月頃）（.....）才（治癒・治療中・手術）
 内服中の薬 なし・あり（.....）（.....）病院

12.【嗜好、アレルギー、喘息、輸血歴について】 以下に☑ならびに○をつけ、ご記入ください。

飲酒 なし あり（ 毎日 ・ 週に2~3回 ・ たまに ） 以前飲酒していた
 喫煙 なし あり（.....本/日×.....年間） 以前喫煙していた

薬剤アレルギー なし あり⇒薬剤名：.....
 食物アレルギー なし あり⇒食材：.....
 その他のアレルギーなし あり⇒具体的に：.....

喘息 なし あり⇒（小児喘息だったが現在はなし・現在症状なし・治療中）
 最終発作（.....年.....月頃）
 治療薬（.....）（.....）病院

輸血歴 なし あり⇒（.....年.....月頃）（.....）才 理由.....

13.【家族歴】 ご家族に高血圧・糖尿病・癌の方がいらっしゃいましたら☑ならびに○をつけ、ご記入ください。

実父 高血圧・糖尿病・癌（具体的に.....）
実母 高血圧・糖尿病・癌（具体的に.....）
兄弟姉妹（.....） 高血圧・糖尿病・癌（具体的に.....）
祖父母（.....） 高血圧・糖尿病・癌（具体的に.....）

★最後に、今後当院を受診されるにあたり、不妊検査、不妊治療、通院についてご意見、ご要望などありましたらご自由にお書きください。

.....

.....

ご協力ありがとうございました。この問診票にご記入の上、受診の際に必ずご持参ください。

女性医療センター／リプロダクション・婦人科内視鏡治療センター