

# 不妊治療問診カード

年 月 日

お名前：ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日：昭和/平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

ご住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号：（ご自宅） \_\_\_\_\_ /（携帯電話） \_\_\_\_\_

ご職業： \_\_\_\_\_ ご紹介者： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

（以下お伺いする各項目において、当てはまるものにチェック✓を付けてください）

1. 現在妊娠を希望してからの避妊なしでの不妊期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

2. ご結婚について教えてください

- 結婚していますか  はい \_\_\_\_\_ 年 月 日入籍（ \_\_\_\_\_ 歳）  
 いいえ  
 予定している \_\_\_\_\_ 年 月頃に入籍予定

3. 月経について教えてください

- 月経周期（月経が始まった日から次の月経が始まる日の前日まで）  
 順調  不順（最短 \_\_\_\_\_ 日間/最長 \_\_\_\_\_ 日間）
- 月経痛  弱い  普通  強い
- 月経量  少ない  普通  多い
- 直近3ヶ月の月経開始日  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（最終月経日）

4. セックスの経験はありますか  いいえ  はい

5. 妊娠、出産について教えてください。

- 妊娠の経験はありますか いいえ はい
- 出産の経験はありますか いいえ はい
  - 正常分娩： \_\_\_\_回
  - 帝王切開： \_\_\_\_回(帝王切開に至った理由： \_\_\_\_\_)
  - 流産： \_\_\_\_回( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月妊娠 \_\_\_\_週)( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月妊娠 \_\_\_\_週)
  - 中絶： \_\_\_\_回( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月妊娠 \_\_\_\_週)( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月妊娠 \_\_\_\_週)
  - 子宮外妊娠： \_\_\_\_回( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月妊娠 \_\_\_\_週)( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月妊娠 \_\_\_\_週)
  - 死産： \_\_\_\_回

➤ お子さんがいる場合は、妊娠および出産時の詳細について教えてください

	妊娠に至った方法	出産時期 (年/月)	出産時年齢	出産時周期(週)	出産時体重(g)
第1子	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精				
第2子	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精				
第3子	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精				

6. 病気にかかったことはありますか

いいえ はい(病名： \_\_\_\_\_)

7. 手術を受けたことはありますか

いいえ はい(病名： \_\_\_\_\_)

8. 輸血を受けたことがありますか

いいえ はい

9. アレルギーはありますか(「はい」の場合、以下で当てはまるものにマルを付けてください)

いいえ

はい(喘息、鼻炎、花粉症、蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、その他 \_\_\_\_\_)

10. 喫煙しますか いいえ はい ( 本/日)

11. 飲酒しますか いいえ はい ( 回/週)

12. 感染症はありますか

いいえ

はい(梅毒、結核、B型肝炎、C型肝炎、その他: \_\_\_\_\_)

13. 血縁関係のあるご家族に、以下の既往歴をお持ちの方はいますか

(「はい」の場合、当てはまるものを丸で囲んでください)

いいえ

はい(高血圧、糖尿病、がん、血栓、脳疾患、心疾患、肝炎、その他: \_\_\_\_\_)

14. 子宮がん検診を受けたことはありますか いいえ はい

➤ 直近に受けた検診: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 (結果は、異常あり 異常なし)

15. 神経科、精神科、心療内科、カウンセリング等を受けたことはありますか

いいえ はい

16. 治療に対するご希望など、具体的に教えてください。

---

17. 他院にて治療された方にお伺いします。

今回の妊娠を希望されてから受けた検査と治療（➤）をマルで囲み、〈検査〉の異常有無にチェックを、〈治療〉についてはその実施回数をご記入ください。

※今回の妊娠を希望されてからの治療についてご記入ください（過去の治療は含みません）。

〈検査〉

- 子宮卵管造影検査 異常なし 異常あり
- ホルモン検査 異常なし 異常あり
- 性交後検査（ヒューナーテスト） 異常なし 異常あり
- 超音波検査 異常なし 異常あり

〈治療〉

- タイミング（      回）
- 人工授精（      回）
- 体外受精（      回）
- 顕微受精（      回）

18. 体外受精、顕微授精を受けられたことがある方は、以下に治療歴を記載してください。

	時期	卵巣刺激法	受精の方法	採卵数	受精卵数	移植卵数	凍結卵数	移植卵の段階
1回目	年 月	<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
2回目	年 月	<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
3回目	年 月	<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
4回目	年 月	<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
5回目	年 月	<input type="checkbox"/> 経口薬 <input type="checkbox"/> 経口薬+注射 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 自然	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精					<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞

凍結胚移植	時期	内膜調整法	移植卵数	移植卵の段階
1回目	年 月	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
2回目	年 月	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞
3回目	年 月	<input type="checkbox"/> ホルモン補充周期 <input type="checkbox"/> 自然周期		<input type="checkbox"/> 初期分割胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞

【パートナーの方についてお伺いさせていただきます】

お名前：ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日：昭和/平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳)  
ご住所：〒 \_\_\_\_\_  
電話番号：(ご自宅) \_\_\_\_\_ / (携帯電話) \_\_\_\_\_  
ご職業： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

(以下お伺いする各項目において、当てはまるものにチェック✓を付けてください)

1. 射精しますか いいえ はい
2. 勃起しますか いいえ はい
3. 精液検査を受けたことがありますか  
いいえ  
はい(検査を受けた施設名： \_\_\_\_\_)  
➤ 異常がある場合は、具体的に教えて下さい： \_\_\_\_\_)
4. 男性不妊として治療を受けたことがありますか  
いいえ  
はい(検査を受けた施設名： \_\_\_\_\_)
5. セックスの回数は、おおよそ月に \_\_\_\_\_ 回
6. 病気にかかったことはありますか  
いいえ  
はい(病名を教えてください： \_\_\_\_\_)
7. 手術を受けたことはありますか  
いいえ  
はい(病名を教えてください： \_\_\_\_\_)
8. アレルギーはありますか(「はい」の場合、当てはまるものにマルを付けてください)  
いいえ  
はい(喘息、鼻炎、花粉症、蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、その他： \_\_\_\_\_)

9. 喫煙しますか いいえ はい (\_\_\_\_本/日)

10. 飲酒しますか いいえ はい (\_\_\_\_回/週)

11. 血縁関係のあるご家族に、以下の既往歴をお持ちの方はいますか  
(「はい」の場合、当てはまるものをマルで囲んでください)

いいえ

はい(高血圧、糖尿病、がん、血栓、脳疾患、心疾患、肝炎、その他: \_\_\_\_\_)