

# 不妊治療問診表

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

○ 不妊期間は何年位ですか。

妊娠を希望してからの今までの期間。積極的に希望していなくても、避妊していなかった期間も含みます。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_か月

○ 基礎体温はつけていますか。

はい  いいえ

○ 性交障害・トラブルはありますか。(わかる範囲で結構です)

ご主人 無・( 有： セックスレス / ED / その他： \_\_\_\_\_ )

奥様 無・( 有： セックスレス / 挿入時の痛み / 恐怖感 / その他： \_\_\_\_\_ )

○ 今まで不妊治療を受けたことがありますか。

受けたことはない

受けたことはないが自分でタイミング療法をしていた

他院を受診したことがある

↓

他院受診歴のある方は下記 ● にもご記入ください

● 今までどのような検査を受けたことがありますか。(憶えている範囲で結構です)

・子宮頸部細胞診 ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 異常： 無 ・ 有 )

・子宮体部細胞診 ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 異常： 無 ・ 有 )

・ホルモン検査 ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 異常： 無 ・ 有 )

・フーナーテスト ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 異常： 無 ・ 有 )

・クラミジア ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 異常： 無 ・ 有 )

・子宮卵管造影 ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 異常： 無 ・ 有 )

・精液検査 ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 異常： 無 ・ 有 )

・その他 ( \_\_\_\_\_ )

● 今までどのような治療を受けたことがありますか。

排卵誘発剤を使用したことは  ない  ある

タイミング療法 ( \_\_\_\_\_回 最終治療： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 )

人工授精 ( \_\_\_\_\_回 最終治療： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 )

体外受精 ( \_\_\_\_\_回 最終治療： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 )

顕微授精 ( \_\_\_\_\_回 最終治療： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 )

融解胚移植 ( \_\_\_\_\_回 最終治療： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

○ 今後の不妊治療に関する希望を教えてください。

- 不妊検査 (  希望する  必要に応じて希望する  分からない )  
タイミング療法 (  希望する  必要に応じて希望する  分からない )  
人工授精 (  希望する  必要に応じて希望する  分からない )  
体外受精 (  希望する  必要に応じて希望する  分からない )  
顕微授精 (  希望する  必要に応じて希望する  分からない )

○ ご主人のご協力は頂けますか。

- はい  いいえ  内緒にしている  分からない

○ ご主人の健康状態・生活習慣について教えてください。

・現在、治療中の病気がありますか。

( 有 病名： 治療薬剤名： ) ・ 無

・既往歴

喘息：有・無 甲状腺疾患：有・無 高血圧：有・無 心疾患：有・無

おたふく：有・無 風疹：有・無 風疹ワクチン接種：有・無

(病名： 手術の有無：有・無 入・通院期間： )

(病名： 手術の有無：有・無 入・通院期間： )

・アレルギー

( 有：薬剤・食物・花粉・その他 ) ・ 無

・睡眠時間は 毎日 ( ) 時間 ・ 決まってない

・運動は 毎日する ・ 時々する ・ あまりしない

・煙草は 1日 \_\_\_\_\_ 本 ・ 吸わない

・飲酒は 毎日飲む(量は： ) ・ 飲まない

○ その他

ご主人について下記の使用・内服経験はありますか。

抗不安・抗精神薬：有・無 ・ 育毛剤：有・無 ・ 勃起障害薬：有・無

奥様の御両親に下記の病気があると言われたことがありますか。： 有・無

心臓病・高血圧・糖尿病・白血病・腎臓病・黄疸・肝臓病・喘息・肺結核・筋無力症・関節リウマチ  
甲状腺の病気・その他 ( )

**【治療について、質問・希望がございましたらご記入下さい。】**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....