

続発性不妊問診票

年 月 日

フリガナ氏名	本人	夫
生年月日	S・H 年 月 日生 歳	S・H 年 月 日生 歳
自宅住所	〒 都道府県	
連絡先TEL	自宅	携帯
職業	勤務先名()	
婚姻状況	既婚(年 月 歳)(初・再)・未婚・内縁(事実婚)・婚約中	
受診の経緯	インターネット・紹介(病院・知人)・広告・雑誌・その他()	
身長・体重	cm kg BMI	血圧 /
喫煙	なし あり(本/日)	飲酒 飲む・飲まない カフェイン 飲む・飲まない
常用薬	なし あり()	
アレルギー	なし あり(喘息・花粉症・蕁麻疹・その他)	
薬剤アレルギー	なし あり(薬品名:)	
既往歴	糖尿病・高血圧・腎臓病・肝臓病・甲状腺疾患・心疾患・血液疾患・てんかん 悪性腫瘍・結核・ガン・子宮内膜症・子宮筋腫・卵管炎・頸管炎・クラミジア 淋病・梅毒・卵巣腫瘍・精神疾患() B型肝炎・C型肝炎・その他()	
手術歴、入院歴 (病名・年月日)	① S・H 年 月 日	② S・H 年 月 日
病院名		家族歴 夫 兄弟 父母 母

妊娠・分娩歴

年 月 日	週数	経過	性別・体重	妊娠成立法	分娩施設名
1 年 月 日	週	分娩(経膈・帝王切開)早産 流産・胞状奇胎 死産・中絶・子宮外妊娠	男・女 g 健・否	自然・人工授精 体外受精 融解胚移植	
2 年 月 日	週	分娩(経膈・帝王切開)早産 流産・胞状奇胎 死産・中絶・子宮外妊娠	男・女 g 健・否	自然・人工授精 体外受精 融解胚移植	
3 年 月 日	週	分娩(経膈・帝王切開)早産 流産・胞状奇胎 死産・中絶・子宮外妊娠	男・女 g 健・否	自然・人工授精 体外受精 融解胚移植	
4 年 月 日	週	分娩(経膈・帝王切開)早産 流産・胞状奇胎 死産・中絶・子宮外妊娠	男・女 g 健・否	自然・人工授精 体外受精 融解胚移植	

月経歴

最終月経	R 年 月 日	～ 日間	初潮年齢 歳	月経痛(なし・軽い・重い)
その前	R 年 月 日	～ 日間	月経周期(~ 日)	順・不順()日ずれる
			月経期間	日間・月経血量(多い・普通・少ない)

裏も記入してください

I 今回受診された理由

・子供が欲しい(第2子希望 ・ 第3子希望 ・ 他)・凍結胚が残っている・流産を繰り返す
 ・性生活が上手くいかない(夫・妻)・月経がこない・不性出血がある・他院より体外受精を勧められた
 ・その他()

II 今回希望される治療内容について

(タイミング法・人工授精・体外受精・凍結胚融解移植)について相談したい

- *避妊をしている期間がありましたか? _____年 月～ _____年 月(約 _____年 _____ヶ月)
- *どのような方法で避妊していましたか? _____
 コンドーム・経口ピル・基礎体温・その他 _____
- *第2子又は第3子を希望されて
 どのくらい経ちますか? 約 _____年 _____ヶ月位
- *基礎体温表をつけていますか? (はい ・ いいえ)
- *出産後月経はいつから再開しましたか? _____年 月 日に開始
- *授乳はいつ頃までしていましたか? _____年 _____月頃卒乳した・まだ授乳中
- *子宮がん検査を最後に受けたのはいつですか? _____年 _____月頃受けた 結果 異常(無 有)
 (不明 ・ 受けていない)
- *凍結胚融解移植を希望される方へ
 - ・いつ頃に戻したいとお考えですか? (自然周期・ホルモン補充周期)で _____年 _____月頃
 - ・凍結胚の延長手続きはしてありますか? (はい ・ いいえ)

当院に希望されることがありましたらご自由にお書きください。

III 今までに行なった不妊治療

病院名

タイミング法	なし	あり	_____年 _____月～ _____年 _____月()回	
排卵誘発法	なし	あり	_____年 _____月～ _____年 _____月()回 (内服・内服+注射・注射)	
人工授精	なし	あり	_____年 _____月～ _____年 _____月()回	
体外受精	なし	あり	_____年 _____月～ _____年 _____月()回	
手術療法(腹腔鏡を含む)	なし	あり	_____年 _____月～ _____年 _____月()回	
その他				

IV 今までに行なった不妊症検査について

①クラミジア検査	なし	あり	_____年 _____月 正常・異常(抗原検査・抗体検査・不明)
②ホルモン検査	なし	あり	_____年 _____月 正常・異常・不明
③LH-RHテスト	なし	あり	_____年 _____月 正常・異常・不明
④フーナーテスト	なし	あり	_____年 _____月 良好・やや不良・不良・その他
⑤子宮卵管造影検査(HSG)	なし	あり	_____年 _____月 右)正常・閉塞・狭窄・ゆ着・卵管水腫 左)正常・閉塞・狭窄・ゆ着・卵管水腫
⑥子宮鏡検査	なし	あり	_____年 _____月 正常・異常・不明
⑦精子不動化抗体	なし	あり	_____年 _____月 正常・異常・不明
⑧精液検査	なし	あり	_____年 _____月 正常・異常・不明
⑨腹腔鏡検査(ラパロスコピー)	なし	あり	_____年 _____月 正常・異常・不明
⑩卵巣予備能検査(AMH)	なし	あり	_____年 _____月 正常・高い・低い・不明
その他	(_____)		