

## 問診票

1. 結婚して何年になりますか。 満 \_\_\_\_\_ 年
2. 妊娠を希望して、または避妊をやめてどのくらい経ちますか。 およそ \_\_\_\_\_ 年
3. 現在、基礎体温をつけていますか。 ( はい ・ いいえ )
4. 妊娠したことがありますか ( はい ・ いいえ )  
妊娠 \_\_\_\_\_ 回、 分娩 \_\_\_\_\_ 回、 流産 \_\_\_\_\_ 回、 その他 \_\_\_\_\_ 回

### ●これまでに不妊治療を受けたことがある方にお伺いします。

1. これまでにどのような不妊治療を何回されましたか。(複数回答可) 平成\_\_\_\_\_年から\_\_\_\_\_年間  
( タイミング治療 ・ 排卵誘発 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 )
2. これまでにどのような検査を受けましたか。(複数回答可)  
(卵管造影検査・精液検査・腹腔鏡検査・子宮鏡検査・フーナーテスト・その他 )  
卵管造影検査の結果は ( 両側通過 ・ 片側のみ通過 ・ 両側閉鎖 )  
精液検査の結果は ( 受けた事がない ・ 少ない ・ 普通 )  
ご存じであれば、 \_\_\_\_\_ 万/ml、運動率 \_\_\_\_\_ %
3. 検査の時にかなりの痛みや、精神的に苦痛はありましたか。 ( はい ・ いいえ )
4. 医師から不妊症、または不育症の原因についてどのような説明がありましたか。

### すでに顕微授精を含む体外受精を受けたことがあるかたにお伺いします。

1. これまでに受けた体外受精などの回数 ( \_\_\_\_\_ 回)、( 体外受精 ・ 顕微授精 )
2. どちらのクリニックで受けられましたか。 ( \_\_\_\_\_ )
3. 採卵数 ( \_\_\_\_\_ 個)、受精した個数 ( \_\_\_\_\_ 個中 \_\_\_\_\_ 個くらい)

### ● ご主人は不妊治療に協力的ですか。 ( はい ・ いいえ )

「いいえ」の場合、どのような理由からですか。

### ● 今後の不妊治療に対して、どのような希望がありますか。

ご主人はあなたと同じ意見ですか。 ( はい ・ いいえ )

### ● 治療を受ける上で気がかりな事、また夫 ED や性交痛、セックスのことで悩んでいる事がありますか。

●現在のご自身の状態についてお伺いします。

1. 身長・体重
2. 冷え性である (Y / N)      定期的に運動をしている (Y / N)      運動しても汗をかきにくい (Y / N)
3. 一番最近の月経は、 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 日間
4. 現在のあなたの月経周期は ( 順調 ・ 不順 )  
 順調な方、 月経周期は \_\_\_\_\_ 日型、 \_\_\_\_\_ 日間  
 不順な方、 ( 2 ヶ月に一度程度 ・ 年に数回程度 ・ 薬を飲まないところない )
5. 月経痛があり痛み止めを服用しますか。また、月経の際に他にどこか悪いところがありますか。

6. 月経の量は (気にならない程度である・多くて困る・期間が長くて困る)
7. 婦人科の検診で問題があったことはありますか。

8. 現在使用している薬がありますか。

9. これまでの妊娠 ・分娩歴について

	年 月	正常分娩 ・ 帝王切開 の既往			流早産の場合
1	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週
2	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週
3	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週
4	年 月	週	g	正常・吸引・帝切	週