

【不妊外来問診票 N】

⑨ 今までに他院で不妊検査を受けたことが

1. ある⇒⑩、⑪へお進み下さい 2. ない

⑩ ⑨で“ある”と答えた方のみ

- () ホルモン採血 () 年：異常なし、異常有り _____
() 子宮卵管造影 () 年：異常なし、異常有り _____
() 性交後試験（フーナーテスト）() 年：異常なし、異常有り _____
() 内膜の検査 () 年：異常なし、異常有り _____
() 腹腔鏡検査 () 年：異常なし、異常有り _____
() 精液検査 () 年：異常なし、異常有り _____

夫の治療内容（薬など）：

⑪ ⑨で“ある”と答えた方のみ 項目のチェックと病院名をご記入ください

- () タイミング法 内服 () 回・注射 () 回：病院名() 期間(~)
() 人工授精 () 回：病院名() 期間(~)
() 体外受精 () 回：病院名() 期間(~)

受診予約・検査・その他、緊急を要する場合など、こちらから連絡する場合がございます。

その為、必ず連絡が取れる電話番号の記入をお願いいたします。

★住所・電話番号・保険証などの変更がございましたら必ず受付までお申し出下さい。

※ 自宅

※ 携帯（本人様） (ご主人様)

※ 職場

- ・自宅に連絡してもよろしいですか？ はい ・ いいえ
・職場に連絡してもよろしいですか？ はい ・ いいえ

◎受診のきっかけについてお答えください。当てはまるものに○を付けてください。

- ・インターネット ・情報誌 ・友人 ・その他 ()

◎ご主人様も今後、検査など必要となる場合がありますので先にカルテを準備しております。

★すでにご主人様の診察券をお持ちの方はご記入不要です。

ご主人様のカルテを準備してもよろしいですか？ はい ・ いいえ

- ・ご主人様の生年月日

【不妊外来問診票 N】

下記の質問内容でお答えいただける内容についてご記入ください。

| | | | |
|--|---------------------------|------|--------|
| 身長 () cm、体重 () kg | BMI () | | |
| 体調は良好ですか？ | はい・いいえ (症状 ;) | | |
| 月経について | 初潮の年齢 () 歳 | | |
| 排卵期のおりものの量は | 増える・変わらない | | |
| 過去にクラミジアに感染したことは | ない・ある | | |
| 過去に性病に感染したことは | ない・ある (病名 ;) | | 歳頃) |
| アレルギーはありますか | ない・ある () | | |
| 常用薬はありますか | ない・ある () | | |
| 乳汁がにじむことがありますか | ない・ある | | |
| 食事は規則正しくとっていますか | はい・いいえ | | |
| アルコールを飲みますか | 飲まない・週2～3回・毎日 | | |
| 喫煙していますか | 喫煙しない・喫煙している⇒1日 () 本/日 | 才から | 年間 |
| | 禁煙した (いつ :) 年 | 喫煙年数 | 年) |
| ----- | | | |
| 夫はアルコールを飲みますか | 飲まない・週2～3回・毎日 | | |
| 夫は喫煙していますか | 喫煙しない・喫煙している⇒1日 () 本/日 | 才から | 年間 |
| | 禁煙した (いつ :) 年 | 喫煙年数 | 年) |
| ----- | | | |
| 仕事場など身近に周囲に喫煙者がいますか | いない・いる () | | |
| 寝つきはよいですか | よい・余りよくない・眠れないことが多い | | |
| 睡眠薬を飲みますか | 飲まない・時々飲む・毎日飲む | | |
| SEXの回数は月に何回くらいですか | 0回・1～3回・4回以上 | | |
| 過去に体重が急激 (10 kg以上) | | | |
| 増えたり、減ったりした事がありますか | はい・いいえ | | |
| ストレスを感じやすいほうですか | はい・いいえ | | |
| なかなか妊娠しないことがプレッシャーになっていますか | はい・いいえ | | |
| 家族構成について 何人暮らしですか | 人 (同居者は夫・義父・義母・) | | |
| 職業について (通院時の都合や負担について配慮したいので差し支えない範囲でお聞かせください) | | | |
| | 専業主婦・仕事 (午前・午後、フルタイムなど、) | | 休日 ;) |
| 通院時間 () 分 | | | |
| ご主人と赤ちゃんや検査・治療の話がされますか？ | はい・いいえ | | |
| ご主人は不妊検査や治療に協力的ですか？ | はい・いいえ () | | |
| ご主人の職種は有機溶剤・薬剤・放射性物質などをお使いですか？ | はい () ・いいえ | | |
| ご主人の手術歴、病歴などがわかれば教えてください () | | | |
| ご主人は平日のお休みは取りやすいですか？ | はい・いいえ () | | |

【不妊外来問診票 N】

造影剤アレルギー問診表

フリガナ

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

1. 今までに造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？

なし あり

その際に、副作用はありましたか？

なし あり 詳細：

2. 今までに喘息と言われたことがありますか？

なし あり

現在、治療中ですか？

いいえ はい 治療内容・経過：

3. アレルギー体質・アレルギー性の病気（アトピー、蕁麻疹、鼻炎・皮膚炎等）がありますか？

なし あり

アレルギーの原因（薬物や食物等）：

症状：

4. 心臓、肝臓、腎臓、副腎の病気、甲状腺機能亢進症、多発性骨髄腫、マクログロブリン

血症、痙攣・てんかん等がありますか？

なし あり 詳細：

5. 近親者（血縁関係のある方）で、喘息や重篤なアレルギーのある方はいらっしゃいますか？

なし あり 詳細：

6. 糖尿病と言われたことがありますか？

なし あり

内服中ですか？

いいえ はい 薬剤名：

ビグアナイド系の場合2日間服用を中止されていますか？

はい いいえ

【不妊外来問診票 N】

低用量経口避妊薬（OC）/低用量エストロゲン-プロゲステン配合薬（LEP）初回処方時間診チェックシート

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

記入日：西暦20__年__月__日

血圧 _____ / _____ mmHg（測定してお待ち下さい）

BMI（ _____ ）：こちらで計算します）

●最後に月経があったのはいつですか？

H _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 日間

●不正性器出血がありますか？

はい いいえ

●妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

はい いいえ

●現在授乳中ですか？

はい いいえ

●喫煙しますか？

はい いいえ

はい（喫煙する）とお答えの方にお尋ねします。 1日15 本未満

1日15 本以上

●激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか？

はい いいえ

はいとお答えの方に 前兆を伴わない 前兆（目がチカチカする等）を伴う

●ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？

はい いいえ

●現在、医師の治療を受けていますか？

はい いいえ

「はい」の場合 病名は何ですか？（ _____ ）

●今までに**入院や手術などを要する**大きな病気にかかったことがありますか？

はい いいえ

「はい」の場合 それは何の病気ですか？（ _____ ）

●血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などと言われたことがありますか？

はい いいえ

●高血圧と言われたことがありますか？

はい いいえ

●糖尿病と言われたことがありますか？

はい いいえ

●脂質代謝異常（高脂血症）と言われたことがありますか？

はい いいえ

●胆道疾患や肝障害と言われたことがありますか？

はい いいえ

●子宮頸癌・体癌と言われたことがありますか？

はい いいえ

●乳癌と言われたことがありますか？

はい いいえ

●ポルフィリン症と言われたことがありますか？

はい いいえ

●テタニーと言われたことがありますか？

はい いいえ

●耳硬化症と言われたことがありますか？

はい いいえ

●流産・死産を繰り返したことがありますか？

はい いいえ

●妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症といわれたことがありますか？

はい いいえ

●現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？

はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか？（ _____ ）

●今までにOC またはLEP を服用した経験はありますか？

はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか？（ _____ ）

●今まで薬を使用してアレルギー症状（じんましん等）が現れたことがありますか？

はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか？（ _____ ）

●過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？今後4週間以内に手術の予定がありますか？

はい いいえ

●ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？

はい いいえ

●その他、自分の身体のこと、あるいはOCまたはLEPについて心配なことや何か知りたいことなどがありましたらご記入ください。（ _____ ）