

【不妊外来問診票】 N

血圧測定（ / ） mmHg

- 妻（ ）様 年齢（ ）歳 初婚 再婚
 夫（ ）様 年齢（ ）歳 初婚 再婚
- ① 結婚年月日：（西暦 ）年（ ）月結婚 交際期間（ ）年
 ② 避妊は していない していた：（西暦 ）年（ ）月頃まで
 ③ 本日はどのようなことで受診されましたか？（心配な点やご希望など）

該当項目があれば○印を付けて下さい

- 話・相談のみ希望 _____
 不妊検査を希望 _____
 人工授精・体外受精・顕微授精 _____
 その他 _____

④ 今までに妊娠したことが ある⇒⑤へお進み下さい ない⇒⑥へお進み下さい

⑤ ④で“ある”と答えた方（ ）回

満期産 経膈分娩 （ ）回・・・西暦年月日（ ）

帝王切開 （ ）回・・・西暦年月日（ ）

早産 経膈分娩 （ ）回・・・西暦年月日（ ）

帝王切開 （ ）回・・・西暦年月日（ ）

流産 胎児の袋のみ （ ）回・・・西暦年月日（ ）

胎児心拍動あり（ ）回・・・西暦年月日（ ）

妊娠反応のみ、胎児の袋なし（ ）回・・・西暦年月日（ ）

子宮外妊娠（ ）回・・・西暦年月日（ ） 場所（左右卵管・卵巣・腹膜）：

中絶 （ ）回・・・西暦年月日（ ）

⑥ 月経に関して 最終月経（ ）月（ ）日 ～ （ ）月（ ）日まで

月経周期は（ ）日型で 規則的 不規則 性交痛 ない ある

月経痛は ない ある 鎮痛剤（ ）

年々ひどくなって いない いる

月経の量は年々多くなって いない いる

月経時以外の不正性器出血が ない ある

最終子宮癌健診：（西暦 ）年（ ）月（ ）日 結果：異常（なし、あり； ）

【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 ()

20歳の時の体重と比較して 変わらない 痩せた (kg) 増えた (kg)

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

今までに性病に患ったことがありますか? ない ある

淋病・クラミジア・梅毒・その他: _____

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

職場など身近に周囲に喫煙者がいますか いない いる ()

SEXの回数は月に何回くらいですか 0回 1~3回 4回以上

アルコールを飲みますか 飲まない 飲む 週 _____ 回・毎日

喫煙していますか? しない する (本/日くらい、 才から 年間)

禁煙した (いつ: 年 喫煙年数 年)

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

夫はアルコールを飲みますか 飲まない 飲む 週 _____ 回・毎日

夫は喫煙していますか? しない する (本/日くらい、 才から 年間)

禁煙した (いつ: 年 喫煙年数 年)

ご主人と赤ちゃんや検査・治療の話をされますか? 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? いいえ はい ()

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

●現在、医師の治療を受けていますか？

いいえ はい 病名・経過など _____

●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？

いいえ はい 病名・経過など _____

●今までに婦人科系の病気（筋腫・子宮内膜症・嚢腫・腫瘍・卵管摘出など）をしたことが

ない ある⇒病名・経過など具体的に _____

●アレルギー体質（薬剤・ゴム製品・キウイ・パイナップル・ピーナッツ・ダニ・ハウスダストなどに対して）

あるいはアレルギー性の病気（喘息、アトピー、蕁麻疹、鼻炎・皮膚炎等）がありますか？

ない あり⇒原因（薬物・食物など）や症状 _____

●近親者（血縁関係のある方）で喘息、高血圧、糖尿病や重篤なアレルギーなどのある方はいらっしゃ

いますか？

ない あり⇒詳細 _____

●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、痙攣（けいれん）、てんかん、

マクログロブリン血症などがありますか？

ない あり⇒詳細 _____

【不妊外来問診票】 N

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

- 最後に月経があったのはいつですか？ 西暦・令和 _____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 その頭痛の前触れとして、目がチカチカしたり、かすんだりしたことがありますか？
はい いいえ
- 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
- 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？（ _____ ）
- 今までにピル、低用量経口避妊薬または低用量エストロゲン-プロゲステロン配合薬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。（ _____ ）