

【不妊外来問診票 N】

記入日 西暦20__年__月__日

血圧測定 (/) mmHg

本人氏名	様	年齢	才	<input type="checkbox"/> 初婚	<input type="checkbox"/> 再婚(前パートナー間妊娠歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
生年月日	西暦	年 (S・H 年)	月	日	電話番号：
妊娠ご希望ですか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体外受精/顕微授精などの治療をお考えですか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※こちらにご記入の際は【男性問診票】は不要です

パートナー氏名	様	年齢	才	<input type="checkbox"/> 初婚	<input type="checkbox"/> 再婚(前パートナー間妊娠歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
生年月日	西暦	年 (S・H 年)	月	日	電話番号：
妊娠ご希望ですか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
体外受精/顕微授精などの治療をお考えですか？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

結婚年月日	西暦	年 (S・H・R 年)	月	日
交際期間	_____年_____ヶ月			
避妊は	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> していた：西暦 _____年 _____月頃まで			

紹介状（前医検査結果含む）などお持ちですか？（受付時に提出してください） はい いいえ

希望・気になる点など

妊娠歴はありますか？ ない ある(下欄に記載をお願いします)

満期産 (37週以降)	経膈分娩	回	西暦年月日	
	帝王切開	回	西暦年月日	
早産 (22-37週未満)	経膈分娩	回	西暦年月日	
	帝王切開	回	西暦年月日	
流産 (5-22週未満)	胎児袋のみ	回	西暦年月日	手術歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	胎児心拍あり	回	西暦年月日	手術歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	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(左卵管・右卵管・卵巢・腹膜・)	手術歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
中絶		回	西暦年月日	

最終月経 ()月()日 ~ ()月()日まで

月経周期は _____日ごとに来る _____日間出血する 規則的 不規則

月経痛はありますか？ ない ある 鎮痛剤()

月経痛は年々ひどくなって いない いる

月経量は年々多くなって いない いる

性交痛はありますか？ ない ある

月経時以外の不正性器出血が ない ある

最終子宮がん検診 受けた(西暦 _____年 _____月 _____日⇒異常 なし・あり) なし

【不妊外来問診票 N】

当院受診のきっかけは？(複数可) インターネット 情報誌 友人 紹介・その他()

今までに不妊検査・治療歴がありますか？(他院含む)			<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
ホルモン検査	西暦20____年	病院名: _____	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
子宮卵管造影検査	西暦20____年	病院名: _____	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
性交後試験(フナーテスト)	西暦20____年	病院名: _____	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
子宮内膜の検査	西暦20____年	病院名: _____	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
腹腔鏡検査	西暦20____年	病院名: _____	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
精液検査	西暦20____年	病院名: _____	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
パートナーの検査治療(投薬)手術歴など _____				

<これまでの治療歴をご記入ください>

タイミング法	西暦20____年	病院名: _____	____回
人工授精	西暦20____年	病院名: _____	____回
体外受精・顕微授精	西暦20____年	病院名: _____	____回
	採卵回数		____回
◆保険適用での胚移植回数			____回

<わかる範囲でお答えください>

現在、医師の治療を受けていますか？(_____)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
今までに入院や手術を要する病気にかかったことがありますか？(_____)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
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)にかかったことがありますか？⇒(_____)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
アレルギー体質ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒原因物質は？ ピーナッツ、キウイ、パイナップル、ダニ、ハウスダスト、ゴム製品、薬剤()など		
アレルギー性の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⇒喘息・アトピー・蕁麻疹・鼻炎・皮膚炎など(いつから？_____)		
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？ ⇒(_____)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
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？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
ご家族は何人ですか？		
⇒同居者は (パートナー・実父・実母・義父・義母・祖父母・_____)		____人

<仕事について 通院時の負担や都合について考慮いたします>

職業(会社員・自営・_____)	<input type="checkbox"/> 仕事している(フルタイム、午前・午後、パート、_____)	<input type="checkbox"/> なし
休日がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
休日ある方	<input type="checkbox"/> 毎週・隔週(土・日・祝、_____)	<input type="checkbox"/> 不規則
通院時間	_____分	

【不妊外来問診票 N】

<可能な範囲でお答えください>

身長：_____cm	体重：_____Kg	BMI = _____
20歳時の体重と比較して		<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変わらない _____Kg
現在の体調は良好ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
初潮年齢		_____歳
排卵期のおりものの量は		<input type="checkbox"/> 増える <input type="checkbox"/> 変わらない
SEXの回数は月に何回くらいですか？		<input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1～3回 <input type="checkbox"/> 4回以上
今までに性病にかかったことがありますか？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
ある とお答えの方、淋病・クラミジア・梅毒・その他(_____)		
ある とお答えの方、治療は受けましたか？		<input type="checkbox"/> 一緒に <input type="checkbox"/> 自分のみ <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> いいえ
常用薬はありますか？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
薬剤名(_____)		
乳汁がにじむことがありますか？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
食事は規則正しく摂っていますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
飲酒しますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 週_____回・毎日
喫煙しますか？		<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 喫煙する (_____本くらい/日、 _____歳から _____年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した いつ： _____年、喫煙年数 _____年
職場など身近に喫煙者がいますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
身近な喫煙者(_____)		

<パートナーについてお尋ねします>

飲酒しますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 週_____回・毎日
喫煙しますか？		<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 喫煙する (_____本くらい/日、 _____歳から _____年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した いつ： _____年、喫煙年数 _____年
赤ちゃんや検査・治療の話をされますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
不妊検査や治療に協力的ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
有機溶媒・揮発性物質・放射性物質などの化学薬品を取り扱いますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
病歴・手術歴などがわかれば教えてください		(_____)
休日がありますか？		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
休日ある方		<input type="checkbox"/> 毎週・隔週 (土・日・祝、 _____) <input type="checkbox"/> 不規則

【不妊外来問診票 N】

●最後に月経があったのはいつですか？	西暦_____年__月__日から_____日間
●不正性器出血がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●妊娠中または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はい（喫煙する）とお答えの方にお尋ねします。	<input type="checkbox"/> 1日15本未満 <input type="checkbox"/> 1日15本以上
●激しい頭痛や偏頭痛、めがかすむことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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、湿疹、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●高血圧と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●糖尿病と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●胆道疾患や肝障害と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●子宮頸がん・体がんと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●乳がんと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●ポルフィリン症（代謝異常症）と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●テタニー（血中カルシウム低下による口周・手足末端のしびれ）と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●耳硬化症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●流産・死産を繰り返したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はい の場合、なんというお薬・サプリメントですか？	(_____)
● 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はい の場合、なんというお薬ですか？	(_____)
●今まで薬によるアレルギー症状（じんましん等）が現れたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はい の場合、なんというお薬ですか？	(_____)
●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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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がありましたら ご記入ください	(_____)