

【不妊外来問診票】 W

初診日 西暦20__年__月__日

血圧測定 (/) mmHg

本人氏名	様	年齢	才	☐ 初婚	☐ 再婚(前パートナー間妊娠歴 ☐ あり ☐ なし)
生年月日	西暦	年 (S・H	年)	月	日
電話番号:					
どのような不妊治療をお考えですか?					
☐ 1; 自然妊娠・タイミング ☐ 2; 検査結果による ☐ 3; 人工授精 ☐ 4; 体外受精・顕微授精(ART) ☐ 5; その他()					

※男性不妊外来受診希望の方は【男性外来問診票】にもご記入ください

パートナー氏名	様	年齢	才	☐ 初婚	☐ 再婚(前パートナー間妊娠歴 ☐ あり ☐ なし)
生年月日	西暦	年 (S・H	年)	月	日
電話番号:					
どのような不妊治療をお考えですか?					
☐ 1; 自然妊娠・タイミング ☐ 2; 検査結果による ☐ 3; 人工授精 ☐ 4; 体外受精・顕微授精(ART) ☐ 5; その他()					

結婚年月日	西暦	年 (H・R	年)	月	日	交際期間	年	ヶ月	
避妊は						☐ していない	☐ していた; 西暦	年	月頃まで
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	☐ あり	☐ なし	
	胎児心拍あり	回	西暦年月日	手術歴	☐ あり	☐ 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・卵巣・腹膜・)		手術歴	☐ あり ☐ なし	
中絶	回	西暦年月日					
死産	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】 W

当院受診のきっかけは？(複数可) ☐ インスタグラム(SNS) ☐ 当院HP ☐ 他院(口頭含む)病院名：_____			
☐ 友人・知人 ☐ 新聞・情報誌(チラシ/フリーペーパーなど) ☐ その他(_____)			
今までに不妊検査・治療歴がありますか？(他院含む)			☐ ある ☐ ない
ホルモン検査	西暦20____年	病院名：_____	☐ 正常 ☐ 異常
子宮卵管造影検査	西暦20____年	病院名：_____	☐ 正常 ☐ 異常
性交後試験(フナーテスト)	西暦20____年	病院名：_____	☐ 正常 ☐ 異常
子宮内膜の検査	西暦20____年	病院名：_____	☐ 正常 ☐ 異常
腹腔鏡検査	西暦20____年	病院名：_____	☐ 正常 ☐ 異常
精液検査	西暦20____年	病院名：_____	☐ 正常 ☐ 異常
パートナーの検査治療(投薬)手術歴など _____			
これまでの治療歴がありますか？			☐ ある ☐ ない
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
	西暦20____年	病院名：_____	_____回
体外受精・顕微授精	採卵回数		_____回
◆保険適用での胚移植回数			_____回
現在、医師の治療を受けていますか？(_____)			☐ いいえ ☐ 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？(_____)			☐ いいえ ☐ 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？⇒ (_____)			☐ いいえ ☐ はい
アレルギー体質ですか？			☐ いいえ ☐ 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？			☐ いいえ ☐ 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？ ⇒ (_____)			☐ いいえ ☐ 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？			☐ いいえ ☐ 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
仕事の都合・通院時の負担などについてお聞かせください			
職業(会社員・自営・ _____)			☐ 仕事している(フルタイム、午前・午後、パート、 _____) ☐ なし
休日がありますか？			☐ ある ☐ ない
休日ある方			☐ 毎週・隔週(土・日・祝、 _____) ☐ 不規則
通院時間			_____分

【不妊外来問診票】 W

<わかる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		☐ _____Kg増えた ☐ _____Kg減った ☐ 変わらない
現在の体調は良好ですか？		☐ はい ☐ いいえ
初潮年齢		_____歳
排卵期のおりものの量は		☐ 増える ☐ 変わらない
SEXの回数は月に何回くらいですか？		☐ 0回 ☐ 1～3回 ☐ 4回以上
今までに性病にかかったことがありますか？		☐ ない ☐ 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？		☐ パートナーと一緒に ☐ 自分のみ ☐ 受けた ☐ いいえ
常用薬はありますか？		☐ ない ☐ ある
薬剤名(_____)		
乳汁がにじむことがありますか？		☐ ない ☐ ある
食事は規則正しく摂っていますか？		☐ はい ☐ いいえ
飲酒しますか？		☐ いいえ ☐ はい
週_____回・毎日		
喫煙しますか？		☐ しない ☐ 喫煙する (_____本くらい/日、_____歳から_____年間
☐ 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？		☐ いいえ ☐ 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？	☐ いいえ ☐ はい
週_____回・毎日	
喫煙しますか？	☐ しない ☐ 喫煙する (_____本くらい/日、_____歳から_____年間
☐ 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？	☐ はい ☐ いいえ
不妊検査や治療に協力的ですか？	☐ はい ☐ 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？	☐ いいえ ☐ 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？	☐ ある ☐ ない
休日ある方	☐ 毎週・隔週 (土・日・祝、_____) ☐ 不規則

【不妊外来問診票】 W

●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？	☐ 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
●激しい頭痛や偏頭痛、め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 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、湿疹、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、心臓弁膜症などとい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
●子宮頸がん・体がんと言われたことがありますか？	☐ はい ☐ いいえ
●乳がん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（代謝異常症）と言われたことがありますか？	☐ はい ☐ 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？	☐ 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言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、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－プロゲスチ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、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？	☐ はい ☐ 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？	☐ 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がありましたら ご記入ください（_____）	