

# 不妊相談 問診票 STEP 2 (女性用)

\* 一般用問診票と合わせてご提出ください

(この問診票の内容は当院での診療目的以外に使用されることはありません)

お名前：フリガナ	記入日：昭・平 年 月 日
生年月日：西暦・昭・平 S年 月 日 ( 歳)	結婚年齢 ( ) 歳
避妊期間 (ない・ある → 年 月 ~ 年 月)	
不妊期間 ( 年 月 ~ 年 月) * 1ヶ月間の性生活 ( ) 回・( ) 日に1度	
妊娠経験 (ない・ある) * 妊娠した回数 ( ) 回・時期 ( )	
出産経験 (ない・ある) 経膈分娩・帝王切開・早産・流産・中絶・その他 ( )	
<b>既往症について</b>	
今まで下記の病気や感染症にかかったことがありますか？	
子宮筋腫・子宮内膜症・卵管障害・卵巣機能不全・排卵障害・卵巣腫瘍・糖尿病・高血圧・肝機能障害・腎機能障害 ぜんそく・脳疾患・子宮頸がん・がん (部位： )	
梅毒・B型肝炎・C型肝炎・クラミジア・カンジダ・その他 ( )	
甲状腺ホルモン値 (正常・異常 → 亢進・低下)	
現在、治療中の病気はありますか？ (いいえ・はい) (病名： )	
現在、服用中のお薬はありますか？ (いいえ・はい) (薬剤・食品名 )	
<b>不妊検査を受けたことはありますか？ (ない・ある)</b>	
基礎体温 (正常・異常)・ホルモン検査 (正常・異常)・子宮卵管造影 (正常・異常)・卵巣と子宮の発育 (正常・異常)	
頸管粘液検査 (正常・異常)・ヒューナーテスト (正常・異常)・クラミジア検査 (正常・異常)・AMH検査 (正常・異常)	
抗精子抗体 (ない・ある)・HOMA-R検査 (正常・異常)・子宮鏡検査 (正常・異常)・腹腔鏡検査 (正常・異常)	
染色体検査 (正常・異常)・子宮癌検診 (正常・異常)・子宮内膜検査 (正常・異常)・超音波検査 (正常・異常)	
その他 ( ) * パートナーの精液検査 (未検査・正常・異常)	
<b>不妊治療を受けたことはありますか？ (ない・ある → 治療期間 年 月 ~ 年 月)</b>	
排卵誘発剤の使用 (ない・ある → 内服薬 注射 )	
人工授精 ( 回)・体外受精 (採卵 回・胚移植 回)・顕微授精 (採卵 回・胚移植 )	
胚盤胞移植 ( 回)・漢方薬の服用 (ある・ない) その他 ( )	
その他、気になることなどがございましたらご記入ください。	

# 不妊相談 問診票 STEP 2 (男性用)

**\* 一般用問診票と合わせてご提出ください**

(この問診票の内容は当院での診療目的以外に使用されることはありません)

お名前：フリガナ	記入日：昭・平	年	月	日
生年月日：西暦・昭・	年	月	日 ( 歳)	結婚年齢 ( ) 歳
<b>既往症・手術について</b> 今まで下記の病気や感染症にかかったことがありますか？ 糖尿病・高血圧・肝機能障害・腎機能障害・ぜんそく・脳疾患・結核・高熱疾患・がん(部位： ) 梅毒・B型肝炎・C型肝炎・尿道炎(淋病・クラミジア)・ヘルペス・尖圭コンジローマ・ おたふく風邪(ない・ある 歳・この時、睾丸が腫れた・右・左・両方)・勃起障害・不射精・逆射精・血精・精液不液化 甲状腺ホルモン値(正常・異常)・そ径ヘルニア(脱腸)・停留精巣(睾丸)・陰のう水腫・パイプカット ご家族に遺伝性の病気(ない・ある → 病名： ) 精巣(睾丸)を打撲したり怪我したことはありますか？(ない・ある → 年 月) 放射線治療(ない・ある 歳・病名： )・抗がん剤投与(ない・ある → 年 月～ 年 月)				
<b>現状について</b> 現在、治療中の病気はありますか？(ない・ある → 病名： ) 現在、服用中のお薬はありますか？(ない・ある → 薬剤名： ) 性欲(正常*月4～10回・低下*月3回以下・低い*月1回以下・全くない) 夢精(ない・ある 週 回) 勃起障害(ない・ある・時々・不全)・早漏(ない・ある・時々・常時)・精液量(2cc以下・2cc～7cc・7cc以上) 外生殖器異常(ない・ある → ペニス睾丸が下腹部に縮み込む・痛み・しびれ・睾丸静脈瘤など) 性交後症(ない・ある → めまい・息切れ・蒼白顔・腰が抜ける感じ・腰痛・体が震えるなど) 精液検査を受けたことはありますか？ (ない・ある → 年 月・正常・数が少ない・活動力低い・奇形率 %・無精子)				
その他、気になることなどがございましたらご記入ください。				