

## 不妊症問診票

□氏名 \_\_\_\_\_ □年齢 \_\_\_\_\_ 才

不妊症で来られたかたは、以下の質問にもお答えください。

□結婚歴 結婚年齢 ( \_\_\_\_\_ 才)  
 結婚年月日 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 離婚 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) 再婚 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月) (婚約中・独身)

□避妊期間 (ある・ない) ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

□不妊期間 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月)

□性生活 1 か月間の性交回数 ( \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 日に1度)

□自覚症状 1. しぼるとお乳が出る 2. 性交痛 3. 手のふるえ 4. 体重の急激な増減  
 5. その他 ( \_\_\_\_\_ )

□ご自身はタバコを喫煙されますか。 ・はい→ (1日当たり \_\_\_\_\_ 本位) → (喫煙期間 \_\_\_\_\_ 年間位)  
 ・いいえ

□ご家族でタバコを喫煙される方はいますか。 ・はい→ (夫、夫以外の同居する家族)  
 ・いいえ

□今までの不妊治療について

A. 今まで治療していた病院で、不妊原因は何と言われましたか。

1. 卵管が悪い 2. 排卵が異常 3. 精子が悪い 4. 頸管粘液が少ない  
 5. 子宮内膜症がある 6. 性交渉後の精子の動きが悪い 7. その他 ( \_\_\_\_\_ )

B. 今までどのような治療を受けましたか。

1. 基礎体温 (正常・異常) 2. 卵管通気・通水 (正常・異常) 3. 精液検査 (正常・異常)  
 4. 頸管粘液検査 (正常・異常) 5. 子宮卵管造影 (正常・異常) 6. 子宮内膜検査 (正常・異常)  
 7. 腹腔鏡検査 (正常・異常) 8. ホルモン検査 (正常・異常) 9. フーナーテスト (正常・異常)

C. 今までにどのような治療を受けましたか。

1. ホルモン療法 (クロミフェン, HMG, \_\_\_\_\_) 2. 通気・通水 3. 人工授精 ( \_\_\_\_\_ 回)  
 4. 体外受精 ( \_\_\_\_\_ 回) 5. GIFT ( \_\_\_\_\_ 回) 6. 顕微授精 ( \_\_\_\_\_ 回) 7. その他 ( \_\_\_\_\_ )

□今まで治療していた主な病院名を書いて下さい。

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

□職業 (ある・ない) ※あればできるだけ詳しく ( \_\_\_\_\_ )

□夫の職業 ※できるだけ詳しくお答え下さい。( \_\_\_\_\_ )

□夫の結婚年齢 ( \_\_\_\_\_ 才) □夫の現在の年齢 ( \_\_\_\_\_ 才)

□夫が今までに病気や手術をしたことがありますか。

1. 耳下腺炎 (成人後のおたふくかぜ) 2. 副睾丸炎 3. 停留睾丸  
 4. 幼少時のソ径ヘルニア (脱腸の手術) 5. 糖尿病 6. 高熱疾患 7. 結核 8. 性病 9. 外陰部外傷  
 10. その他 ( \_\_\_\_\_ )

□当院で希望する治療は何ですか。

1. 一般不妊治療 2. 人工授精 3. 体外受精 4. 顕微授精 5. その他 ( \_\_\_\_\_ )

※疑問点は受付におたずねください。