

問診票 (女性用)

記入日 年 月 日

ふりがな _____ 携帯番号 _____
 氏名 _____ (歳) _____ 職業 _____ 身長 _____ cm
 生年月日 S・H 年 月 日 夜勤 有 無 休日: 月 回 体重 _____ Kg

ふりがな _____ 携帯番号 _____
 (男性) 氏名 _____ (歳) _____ 職業 _____ 身長 _____ cm
 生年月日 S・H 年 月 日 夜勤 有 無 休日: 月 回 体重 _____ Kg

あなたの月経周期についてお答えください

初経: _____ 歳 最終月経 (月 日 ~ 日間) 本日: (受診日) 生理開始 _____ 日目
 周期: 順調 (日型) 不順 (日型 ~ 日型)
 生理痛: ある (鎮痛剤 必要 不要) ない

今までの結婚・妊娠・分娩についてお答えください

結婚: _____ 年 月 (結婚年齢: _____ 歳)
 避妊をしていた期間がありますか? ある _____ 年 _____ 月頃 ~ _____ 歳頃まで ない
 妊娠されたことはありますか? ある ない

	妊娠の種類	自然 or 治療の種類	出生時児体重	分娩の状態
年 月 日	分娩 流産 外妊 中絶		g(男・女)	正常・異常
年 月 日	分娩 流産 外妊 中絶		g(男・女)	正常・異常
年 月 日	分娩 流産 外妊 中絶		g(男・女)	正常・異常

以下の質問にお答えください

- ・運動はされていますか? はい () いいえ
 はいの方: 運動名と頻度、時間を教えて下さい ()
- ・たばこを吸いますか? 吸う (1日 本× 年) 吸わない
- ・冷え症はありますか? ある ない
- ・貧血ですか? はい いいえ
- ・便秘ですか? はい いいえ
- ・浮腫みやすいですか? はい いいえ
- ・疲れやすいですか? はい いいえ
- ・睡眠はどれくらいですか? (約 時間) 起床: _____ 時 就寝: _____ 時
- ・食物アレルギーはありますか? はい いいえ
- ・夫婦生活の頻度はどのくらいですか? (週 回 ・ 月 回 ・ セックスレス 年 月 ~)
- ・夫婦生活で気になることはありませんか? ()

過去に病気を指摘されたことはありますか?

ない ある 病名 _____ 病院名 _____
 (年 月 ~ 年 月)

過去に手術を受けられたことがありますか?

ない ある 病名 _____ 病院名 _____
 (年 月 ~ 年 月)

薬でアレルギーが出たことがありますか?

ない ある 薬剤名 _____

裏へ続く

過去に受けた不妊に関する検査・治療はありますか？ ある ない

あると答えた方へ

病院名 _____ (年 月 ~ 年 月)

病院名 _____ (年 月 ~ 年 月)

《検査》

検査	検査経験		検査時期	結果
子宮卵管造影	ある	ない	年 月	
クラミジア検査	ある	ない	年 月	
ヒューナーテスト	ある	ない	年 月	
ホルモン検査	ある	ない	年 月	
子宮ガン検診	ある	ない	年 月	
精液検査	ある	ない	年 月	
その他 ()	ある	ない	年 月	

《治療》

治療	治療経験		治療開始時期	回数	妊娠の有無
タイミング法	ある	ない	年 月		有 ・ 無
排卵誘発	ある	ない	年 月		有 ・ 無
人工授精	ある	ない	年 月		有 ・ 無
体外受精	ある	ない	年 月		有 ・ 無
顕微授精	ある	ない	年 月		有 ・ 無
その他 ()	ある	ない	年 月		有 ・ 無

治療を始めようと思った動機は何ですか？(複数回答可)

自分の意志で 夫の意志で 人に勧められて その他 ()

治療をするにあたり、夫の協力は得られますか？

十分得られる 十分とは言えないが得られる 得られない (理由)

家族の理解はありますか？ ある ない

治療をするにあたり、ご意見があればお書きください

[]

「食事について」

- ・ 3食きちんと食べていますか？ はい いいえ (食べられない理由:)
- ・ 食事時間は決まっていますか？ はい いいえ (朝: 時 昼: 時 夕: 時)
- ・ 外食の頻度はどれくらいですか？ (週 回)
- ・ 野菜はどの程度食べていますか？ 毎日食べる 時々食べる あまり食べない 嫌い
- ・ 肉と魚はどちらをよく食べますか？ 肉 魚 (何をどの程度:)
- ・ よく間食をしますか？ はい いいえ (何をどの程度:)
- ・ サプリメントを飲んでいますか？ はい いいえ (種類と量:)
- ・ お酒はよく飲みますか？ はい いいえ (何をどの程度:)

食事について尋ねたいこと、気になることがありましたらお書きください

[]

問診票（男性用）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
 氏名 _____ (_____ 歳) 職業 _____ 身長 _____ cm
 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 夜勤： 有 無 休日：月 _____ 回 体重 _____ kg

ふりがな
 (女性)氏名 _____ (_____ 歳) 職業 _____
 結婚年齢： _____ 歳 (初婚・再婚)

再婚と答えた方：前妻との間の妊娠の有無 ない ある
 過去に不妊に関する検査を受けたことがありますか？ ない ある
 病院名 _____ (_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月)

検査	検査経験		検査時期	結果
	ある	ない		
精液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ 年 _____ 月	
血液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ 年 _____ 月	

既往疾患について該当するものにお答えください。

停留睾丸 そけいヘルニア 陰のう水腫 おたふくかぜ 前立腺炎 急性虫垂炎
 副睾丸炎 睾丸炎 性病 糖尿病 精索静脈瘤
 その他 (_____) 特になし

過去に病気を指摘されたことはありますか？

ない ある 病名 _____ 病院名 _____

過去に手術を受けられたことがありますか？

ない ある 病名 _____ 病院名 _____

薬でアレルギーが出たことはありますか？

ない ある 薬剤名 _____

以下の質問にお答えください

- ・運動はされていますか？ はい いいえ
- ・たばこを吸いますか？ 吸う (1日 _____ 本× _____ 年) 吸わない
- ・冷え性はありますか？ ある ない
- ・貧血ですか？ はい いいえ
- ・便秘ですか？ はい いいえ
- ・浮腫みやすいですか？ はい いいえ
- ・疲れやすいですか？ はい いいえ
- ・睡眠はどれくらいですか？ (約 _____ 時間) 起床： _____ 時 就寝： _____ 時
- ・食物アレルギーはありますか？ はい いいえ

- ・射精の頻度はどのくらいですか？（週 回・月 回・年 回・射精してない 年 月～）
- ・射精で気になることはありませんか？（ ）
- ・勃起で気になることはありませんか？（ ）
- ・性生活は積極的にもてますか？ はい いいえ
- ・性生活で気になることはありませんか？（ ）
- ・なかなか妊娠しない事でのプレッシャーがありますか？ はい いいえ

治療するにあたり、ご意見ご要望がありましたらお書き下さい

「食事について」

- ・3食きちんと食べていますか？ はい いいえ（食べられない理由： ）
- ・食事時間は決まっていますか？ はい いいえ（朝： 時 昼： 時 夕： 時）
- ・外食の頻度はどれくらいですか？（ 週 回）
- ・野菜はどの程度食べていますか？ 毎日食べる 時々食べる あまり食べない 嫌い
- ・肉と魚はどちらをよく食べますか？ 肉 魚（何をどの程度： ）
- ・よく間食をしますか？ はい いいえ（何をどの程度： ）
- ・サプリメントを飲んでいますか？ はい いいえ（種類と量： ）
- ・お酒はよく飲みますか？ はい いいえ（何をどの程度： ）

食事について尋ねたいこと、気になることがありましたらお書きください