

# 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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 休日: _____回/月 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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 休日: _____回/月 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  
基礎体温をつけていますか? 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	携帯番号 _____
氏名 ( _____ 歳)	職業 _____ 身長 _____ cm
生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日	夜勤: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 休日: _____回/月 体重 _____ kg

ふりがな	職業 _____
(女性)氏名 ( _____ 歳)	

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

過去に受けた不妊に関する検査・治療はありますか? ない ある

☆あると答えた方へ

病院名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

## 《検査》

検査	検査経験		検査時期	結果
	ある	ない		
精液検査	_____	_____	_____ 年 _____ 月	
血液検査	_____	_____	_____ 年 _____ 月	

既往疾患について該当するものにお答えください。

- 停留睪丸  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  
 副睪丸炎  睪丸炎  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 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

## 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
- 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? ( \_\_\_\_\_ )

裏へ続く

- 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

[ ]