

生殖・不妊問診票（女性）

ID

名前

身長(cm)

体重 (kg)

1.今日はどのようなことで、受診をされましたか？ ○で囲んでください

不妊相談、 不育症（習慣流産）、 月経異常、 家族計画
自費チェック、 セカンドオピニオン（自費）
その他（

）

2.月経の情報

最終月経： 月 日から、 日間 量；通常量、 多量、 少量

その前の月経： 月 日から、 日間 量； 通常量、 多量、 少量

普段の月経周期： 順調・ 不順、 日から 日型 持続日数： 日間

月経痛： なし ・ 少し ・ 強い ・ 非常に強い 初潮： 歳

月経時に痛み止めを飲みますか？ 飲まない ・ 飲む（薬品名）

3.これまでに妊娠したことがありますか？ 無 ・ 有

妊娠したことがあれば下記に記入してください

1	年 月	歳	自然・治療	分娩（ 正常・ 帝切 ） 、 流産、 中絶、 子宮外妊娠
2	年 月	歳	自然・治療	分娩（ 正常・ 帝切 ） 、 流産、 中絶、 子宮外妊娠
3	年 月	歳	自然・治療	分娩（ 正常・ 帝切 ） 、 流産、 中絶、 子宮外妊娠
4	年 月	歳	自然・治療	分娩（ 正常・ 帝切 ） 、 流産、 中絶、 子宮外妊娠
5	年 月	歳	自然・治療	分娩（ 正常・ 帝切 ） 、 流産、 中絶、 子宮外妊娠

4.過去の病気について

小児喘息： 無 ・ 有 15歳以降の喘息（発作）： 無 ・ 有（最終発作 年 月）

病気： 無 ・ 有 歳 病名：

歳 病名：

歳 病名：

歳 病名：

手術： 無 ・ 有（手術名； 歳）

（手術名； 歳）

感染症： 無 ・ 有（ クラミジア感染、 B型肝炎、 C型肝炎、 梅毒、 HIV、 ATLA ）

5.薬や注射のアレルギーはありますか？ 無 ・ 有

薬剤名： 症状：

薬剤名： 症状：

6.血液型 型 Rh(+) / Rh(-) 夫血型 型

7.結婚歴 未婚 ・ 事実婚 ・ 既婚（初婚）： 歳 ・ 既婚（再婚） ； 歳 回目

8.現在の生活習慣について

タバコ： 無 ・ 有（ 本/日）、 お酒： 飲まない ・ 機会飲酒 ・ ほぼ毎日

運動： しない 月数回 週1回 週2-3回 ほぼ毎日

する場合 ウォーキング ランニング ジム サイクリング 屋外スポーツ その他（ ）

サプリメントの服用 なし 時々 毎日

マルチビタミン 葉酸 鉄剤 ビタミンD ビタミンE ビタミンB 抗酸化サプリ その他（ ）

9.血縁者で次の病気にかかったことがあれば ○ をつけてください

糖尿病、高血圧、乳がん、卵巣がん、脳卒中

その他 ()

10.避妊解除後、妊活期間 (年 ヲ月)

現在の平均性交回数 (回/月)

性交が上手くいかないことがありますか? 全く無 ・ ほぼ無 ・ 有

性交による妊娠を望みますか? 望む ・ 望まない ・ 妊娠できればこだわらない

11.過去に以下の婦人科の異常を指摘されたことがありますか? 無 ・ 有

子宮筋腫 ・ 卵巣嚢腫 (子宮内膜症、デルモイド、その他) ・ 子宮内膜症

子宮内膜ポリープ ・ 子宮がん検診での異常

多嚢胞性卵巣症候群、不育症

乳がん ・ 乳腺症

12.過去に不妊検査を受けたことはありますか? 無 ・ 有

ホルモン採血 (正常 ・ 異常)、クラミジア検査 (正常 ・ 異常)

卵管の検査 (正常 ・ 異常) AMH検査 (年齢相当 ・ 低い ・ 高い)

子宮ファイバー (正常 ・ 異常)、腹腔鏡検査 (正常 ・ 異常)

フーナーテスト (正常 ・ 異常)、甲状腺ホルモン検査 (正常 ・ 異常)

精液検査 (正常 ・ 異常)、抗精子抗体 (+ ・ -)

13.過去に不妊治療を受けたことがありますか? 無 ・ 有

病院名:

病院名:

自然周期のタイミング法: 回、卵巣刺激周期でのタイミング法: 回

自然周期の人工授精: 回、卵巣刺激周期での人工授精: 回

体外受精・顕微受精 採卵: 回、新鮮胚移植: 回、凍結胚移植: 回

令和4年4月以降保険で胚移植を行なったことはありますか? はい ・ いいえ

14.これまでの検査・治療で指摘されたこと、参考になることをお知らせください

15.当院での検査・治療に関して希望や伝えておきたいことをお知らせください

16.通院可能な日程をお知らせください

①いつでも通院が可能 ②決まった曜日での通院が可能 ③不定期での通院になる

17.カウンセリング等のメンタルケアがあれば受けたいですか?

はい いいえ わからない 必要があれば考える

受けるなら ; 誰でも ピア (同じ経験をした女性) 臨床心理士などの専門家 看護師 医師

ご記入ありがとうございます