

# 不妊症 および 不育症 問診票



氏名 \_\_\_\_\_

この問診表は、子供が欲しいと不妊治療を希望される方々や妊娠するものの何度も流産を繰り返している方、妊娠希望のある月経不順の女性に対してご記入いただくものです。必要事項をご記入いただき、当てはまるものを○で囲んでください。ご不明な点や記入しづらい、説明しづらい項目に関しては、直接ご相談下さい。

## I 全員の方に質問をいたします。

1. 結婚して何年になりますか。 満\_\_\_\_\_年
2. 妊娠を希望して、または避妊をやめてどのくらい経ちますか。 およそ\_\_\_\_\_年
3. お母さんは不妊治療をしたことがありますか。また、姉妹で不妊治療をしている方はみえますか。 ( お母さん 姉妹 お母さんと姉妹 していない )
4. 現在、通院されている産婦人科はどこですか。また、以前に通院された産婦人科を教えてください。  
( 現在 過去 )
5. 現在、基礎体温をつけていますか。 ( はい ・ いいえ )  
はいの方は診察時にお見せください。
6. 妊娠したことがありますか。 ( はい 計\_\_\_\_\_回 ・ いいえ )

これまでの妊娠・分娩歴についてお聞きします。

平成	年	月	正常分娩	・	帝王切開	の既往	流早産の場合
1	年	月	週	g	正常・吸引・帝切		週
2	年	月	週	g	正常・吸引・帝切		週
3	年	月	週	g	正常・吸引・帝切		週
4	年	月	週	g	正常・吸引・帝切		週

7. 現在、不妊症に関係すること以外で何かストレスはありますか。(はい ・ いいえ)

( )

8. 現在、歯の治療はしていますか。( はい ・ いいえ )

## II これまでに不妊治療を受けたことがある方にお伺いします。

1. これまでにどのような不妊治療をされましたか。(複数回答可)

( タイミング治療 ・ 排卵誘発 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 )

2. これまでにどのような検査を受けましたか。(複数回答可)

( 卵管造影検査 ・ 精液検査 ・ 腹腔鏡検査 ・ 子宮鏡検査 ・ その他 )

卵管造影検査の結果は ( 両側通過 ・ 片側のみ通過 ・ 両側閉鎖 )

精液検査の結果は ( 受けた事がない ・ 少ない ・ 普通 )

ご存じであれば、 ( 万/ml、運動率 %)

3. 検査の時にかなりの痛みや、精神的に苦痛はありましたか。( はい ・ いいえ )

( 具体的に： )

4. 医師から不妊症、または不育症の原因についてはどれか説明がありましたか。(複数回答可)

[ 卵管通過障害 (子宮内膜症・クラミジア感染症・ピックアップ障害など)、排卵障害 (高プロラクチン血症・視床下部性排卵障害・多嚢胞性卵巣症候群など)、子宮内腔異常 (子宮筋腫など)]

( その他： )

III すでに顕微授精を含む体外受精を受けたことがある方にお伺いします。(おわかりになる範囲で結構です)

1. これまでに受けた体外受精などの回数 ( \_\_\_\_\_回)、( 体外受精 ・ 顕微授精 )

2. どちらのクリニックで受けられましたか。( \_\_\_\_\_ )

3. 採卵数 ( \_\_\_\_\_個)、受精した個数 ( \_\_\_\_\_個中 \_\_\_\_\_個くらい)

IV ご主人は不妊治療に協力的ですか。( はい ・ いいえ )

・ 「いいえ」の場合、どのような理由からですか。

( 不妊治療の必要を感じない ・ 来院するのがいやだ ・ 検査を受けるのがいやだ ・ 忙しくて時間がとれない )

V 今後の不妊治療に対して、どのような希望がありますか。希望のものに丸印をつけて下さい(複数回答可)

1. 排卵やホルモン環境を整えるが、タイミングを見ながらゆっくりすすめる。

2. 人工授精まで早めにすすめたい。

3. 体外受精まで早めにすすめたい。

・ ご主人はあなたと同じ意見ですか。( はい ・ いいえ )

「いいえ」の場合、どこまでとお考えですか。

( \_\_\_\_\_ )



VI 1. 不妊治療を受ける上で、時間のことや、検査のことで気がかりな事がありますか。

( \_\_\_\_\_ )

2. 性交痛など、セックスのことで悩んでいる事がありますか。またご主人に対して気がかりなこと (ED など) はありますか？

( )

3. あなた自身、冷え性で悩んでいますか。 ( はい ・ いいえ )
4. 定期的に運動をしていますか。 ( はい ・ いいえ )
5. 運動しても汗をかきにくい体質ですか。 ( はい ・ いいえ )

VII 現在のご自身の状態についてお伺いします。

1. 初めて月経が来たのは \_\_\_\_\_才
2. 一番最近の月経は、 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 から\_\_\_\_\_日間
3. 現在のあなたの月経周期は ( 順調 ・ 不順 )  
順調な方、 月経周期は\_\_\_\_\_日型、\_\_\_\_\_日間  
不順な方、 ( 2ヵ月に一度程度 ・ 年に数回程度 ・ 薬を飲まないといけない )
4. 月経時にはどのような症状が気になりますか。  
( )
5. 痛み止めを飲む方にお聞きします。  
( 薬品名： \_\_\_\_\_、 量と期間： 1日\_\_\_\_\_錠\_\_\_\_\_日間 )
6. 月経の量は ( 気にならない程度である ・ 多くて困る ・ 期間が長くて困る )
7. ぜん息・くすりや食べ物のアレルギーはありますか ( ある ・ ない )  
ぜん息 ( 最近の発作は\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 )、 薬品名・食品名\_\_\_\_\_
8. 今までに婦人科検診・子宮ガン検診を受けたことがありますか。  
( 毎年うけている ・ 受けたことがある ( \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ) ・ 一度も無い )
9. これまでに検診で異常を指摘されたり、再検査や精密検査を受けたことがありますか。  
( 一度も無い ・ 再検査の結果異常なし ・ 治療した ・ 経過観察中 )
10. 検査の結果、治療した、または現在も定期的に通院している方にお聞きします。  
\_\_\_\_\_才時、 病名： \_\_\_\_\_ ( 治癒 ・ 経過観察中 )

当院は皆様が安心して鍼治療を受けられるよう常に心がけています。特にプライバシーの保護に関しては、全スタッフが細心の注意を払っております。ご不満やお気づきの点がありましたら院長までご相談下さい。

