

## 生殖医療（リプロダクション）外来問診票

ID \_\_\_\_\_ ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

- 1) 挙児期間（そろそろ子供をと思い始めたのはいつ頃からですか？） 西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃～
- 2) 主婦業以外にお仕事をしておられますか？（お仕事の内容：\_\_\_\_\_）  
主婦業のみ ・ 正社員 ・ パートタイム勤務 ・ 自営業 ・ 学生 ・ 求職中  
勤務先の場所（例：ふじみ野市内、鶴瀬駅前など \_\_\_\_\_）  
勤務曜日、勤務時間：曜日ごとに異なればその旨お書き下さい：（\_\_\_\_\_）
- 3) 嗜好品・サプリメント（漢方薬も含む）・生活習慣につきおしえてください。  
タバコ：□喫煙・□以前喫煙していたが（\_\_\_\_才頃）から非喫煙・□喫煙中（1日\_\_\_\_本くらい）  
飲酒：□なし・□たしなむ程度（1日換算してビール350ml以下）・□左記以上（\_\_\_\_\_）  
現在使用している薬・サプリメント（漢方薬も含む）をおしえてください。あるいは近々使用してみたいと考えているものがあればお書き下さい。（\_\_\_\_\_）  
運動習慣：□定期的に運動する・□たまに（週1回くらい）運動する・□全く運動していない
- 4) 一番最近の婦人科検診・診察の結果についておしえてください。またこれまでに婦人科の病気を指摘されたことがありますか。  
□子宮頸がん検診（\_\_年\_\_月頃）、体がん検診（\_\_年\_\_月頃）、□乳がん検診（\_\_年\_\_月頃）  
病気の種類と指摘された時期：□子宮筋腫（\_\_年\_\_月頃）、□子宮内膜症（\_\_年\_\_月頃）、□クラミジア感染（\_\_年\_\_月頃）、□その他（\_\_\_\_\_）（\_\_年\_\_月頃）
- 5) セックスの回数について、差し支えなければおしえてください。  
□週\_\_\_\_回くらい、□月\_\_\_\_回くらい、□ほとんどしていない
- 6) 以下は不妊検査ならびに治療歴がある方のみご記入ください。□に✓をし、内容を教えてください。また病院あるいはクリニック名を教えてください。複数回検査歴がある場合、すべてお書き下さい。
- 子宮卵管造影検査または通気・通水検査（\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃）結果  
病院・クリニック名（\_\_\_\_\_）
- 腹腔鏡検査（もしくは手術）（\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃）結果あるいは手術内容  
病院・クリニック名（\_\_\_\_\_）
- 子宮鏡検査（もしくは手術）（\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃）結果あるいは手術内容  
病院・クリニック名（\_\_\_\_\_）
- 精液検査（\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃）→□正常 □精子減少症 □精子無力症（運動率低下） □無精子症  
具体的なデータがわかればご記入ください（沢山ある場合は最新のデータを記入いただきます）  
AIH（人工授精）、ART（体外受精）日のデータでも結構です。  
最新のデータ：\_\_\_\_年\_\_\_\_月 精液量\_\_\_\_\_ml、濃度\_\_\_\_\_万/ml、運動率\_\_\_\_%、奇形率\_\_\_\_%  
正常形態率（クルーガー）\_\_\_\_%（その他のデータ\_\_\_\_\_）
- ヒューナーテスト（性交後試験）（\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃） □良好 □不良 □その他（\_\_\_\_\_）
- 採血によるホルモン検査 → 数値をご記入いただかなくても結構ですが、検査データをお持ちの場合、一緒に検討できるようご準備ください。
- 月経初期のホルモン検査 □黄体期のホルモン検査 □甲状腺機能のホルモン検査  
施行された医療機関での検査結果に対するコメントはどのようなものでしたでしょうか？  
（\_\_\_\_\_）

- 卵巣予備能の評価（抗ミュラー管ホルモン：AMH）（\_\_\_\_年\_\_月）\_\_\_\_ ng/ml,  
検査を受けた医療機関での検査結果に対するコメントはどのようなものでしたでしょうか？  
（\_\_\_\_）
- クラミジア検査  子宮頸部クラミジア抗原もしくは DNA 検査（\_\_\_\_年\_\_月）  
 血清クラミジア抗体検査（\_\_\_\_年\_\_月）  
結果  陰性（異常なし）  陽性（ 夫婦で治療済み  治療未）
- 淋菌検査  子宮頸部淋菌 DNA 検査（\_\_\_\_年\_\_月）  
結果  陰性（異常なし）  陽性（ 夫婦で治療済み  治療未）
- 抗精子抗体検査（採血による）  陰性  陽性  強陽性（\_\_\_\_年\_\_月）
- 抗核抗体検査（採血による）  陰性  陽性（\_\_\_\_年\_\_月）

7) 以下は不妊治療歴がある方のみご記入ください。□に✓をし、内容を教えてください。  
また医療機関名を教えてください。

- タイミング療法（医療機関名\_\_\_\_）  
 自然周期によるタイミング（誘発剤使用せず HCG 注射のみ施行した周期も含む）\_\_\_\_周期  
 卵巣刺激周期（クロミッド、フェマル、レトゾール、FSH・HMG など使用）によるタイミング\_\_\_\_周期
- 人工授精（AIH）療法（医療機関名\_\_\_\_）  
 自然周期 AIH（誘発剤使用せず HCG 注射のみ施行した周期も含む）\_\_\_\_周期  
 卵巣刺激周期（クロミッド、フェマル、レトゾール、FSH・HMG など使用）による AIH\_\_\_\_周期
- 体外受精（ART）治療（医療機関名\_\_\_\_）  
これまでの ART 治療の内容につきご記入下さい

- 8) 不妊検査治療に対してのお考え、心配などをお聞かせ下さい。□に✓してください（複数回答可）。
- 待ち時間、 説明がわかるかどうか、 なぜ妊娠しないのか？、 経済的な面、 サプリメントに関心がある、 夫の協力が得られにくい、 仕事との両立、 通院回数、 これまでに通院で医療機関からの説明が足りない、 痛い検査処置、 人工授精や体外受精へのステップアップが怖い
- どんな方法でもよいからとにかく早くに妊娠がしたい
- その他（ご自由にお書きください）