

赤ちゃんが欲しいと望まれるご夫婦に（追加問診用紙）

ふりがな			生 年 月 日	S・H・R 年　　月　　日 (　　歳)	妻	
お名前	夫	旧姓 (　　)				

1. 不妊期間（赤ちゃんが欲しいと望まれてからの期間）はどのくらいですか？ _____年_____ヶ月

2. 避妊をされた期間がありますか？

ない　ある（H・R _____年_____月頃～H・R _____年_____月頃まで_____ヶ月間）

3. 性生活についてお答えください。

①平均的な性交間隔は？　月に_____回程度　ほとんどない　全くない

②問題を感じていますか？　感じない　感じる

自分：不感症　性交痛　その他（_____）

パートナー：勃起不全　その他（_____）

4. 当院以外で検査や治療を受けられたことがある方は、以下の質問にお答えください。

①不妊の原因に関して、何か指摘されていますか？ あれば該当するものをチェックしてください。

子宮筋腫

子宮内膜症

卵巣嚢腫

多嚢胞性卵巣症候群（PCO）

卵巣機能不全

高プロラクチン血症

卵巣や卵管の癒着

卵巣の閉鎖・狭窄・腫れ

男性側の問題（精液の状態など）

その他（_____）

②治療で生じた副作用があれば教えてください。

卵巣過剰刺激症候群（OHSS）

その他（_____）

③医療機関と検査・治療歴を教えてください。

病院名： _____ 期間：H・R _____ 年 _____ 月 ~ H・R _____ 年 _____ 月

検査歴 クラミジア検査： 陰性 陽性 精液検査： 正常 異常あり
 抗精子抗体： 陰性 陽性 ヒューナーテスト： 正常 異常あり
 ホルモン検査： 正常 異常あり 子宮鏡： 正常 異常あり
 子宮卵管造影： 正常 異常あり 腹腔鏡： 正常 異常あり

治療歴 タイミング療法： _____ 回（周期） クロミッド処方 _____ 回（周期）
 人工授精： _____ 回（周期） クロミッド処方 _____ 回（周期）

生殖補助医療（体外受精・顕微授精）

採卵	卵巣刺激法	受精方法	採卵数	受精卵数	新鮮胚移植	妊娠の有無
①	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法 <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方	個	個	<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 出産
②	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法 <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方	個	個	<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 出産
③	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法 <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方	個	個	<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 出産
④	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法 <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方	個	個	<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 分娩
⑤	<input type="checkbox"/> ロング法 <input type="checkbox"/> ショート法 <input type="checkbox"/> アンタゴニスト法 <input type="checkbox"/> PPOS法 <input type="checkbox"/> 低刺激法 <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 両方	個	個	<input type="checkbox"/> 初期胚 <input type="checkbox"/> 胚盤胞 <input type="checkbox"/> 全胚凍結 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠反応のみ <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 出産

凍結融解胚移植： _____ 回（初期胚 _____ 回 胚盤胞 _____ 回）

※ 保険での胚移植回数（新鮮、凍結胚移植にかかわらず） _____ 回

その他の治療（例：精巣内精子採取術TESE _____）

反復着床不全検査

子宮内膜受容能検査（ERA エラ・ERPeak）
 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE エマ/アリス・子宮内フローラ検査）

※ 複数施設での治療や、採卵の記載欄が足りない場合は、問診表を追加してのご記入をお願いします。

5. これからの検査や治療について、不安やご希望があればお聞かせください。