

不妊問診票

お名前		記入日		月	日	ID：	
結婚した年齢		歳	配偶者の年齢（現在）		歳		
不妊期間（赤ちゃんが欲しいと思ってからの期間				年	ヶ月）		
避妊期間（				なし	あり	：	その期間
				年	ヶ月）		
1、仕事の有無							
なし		あり	フルタイム	パート	不定期	その他：	
仕事の内容		事務職	販売	飲食業	専門職：		
勤務時間		（		～	）	夜勤の有無	（
							なし
							あり
							）
通院されるのに仕事の調整は可能ですか？				はい	都合がつく	わからない	難しい
2、これまでの他院での治療経験							
なし		あり	（病院名①		②	③	）
				その他：			
				これまでに不妊治療を受けた施設数		（当院を除いて	か所）
※転院の動機になったことがありましたか？							
前医からの紹介		治療のステップアップのため		治療の不信感		治療費が高い	
話を聞いてもらえない		セカンドオピニオン		転居・転勤のため		友人・知人からの勧め	
インターネット検索		何となく気分転換		その他（		）	
※他院での治療『あり』の方は治療内容について、覚えている範囲でお答えください							
①		年	月	～	年	月くらいまで	
		指摘された問題点：					
		受けた治療： 排卵誘発剤（ 内服 ・ 注射 ・ 両方 ）		ヶ月	漢方（		）
		高温期ホルモン補充（ 内服 ・ 注射 ）		ヶ月	タイミング指導		ヶ月
		人工授精	回	体外受精	回	顕微授精	回
						凍結融解胚移植	回
②		年	月	～	年	月くらいまで	
		指摘された問題点：					
		受けた治療： 排卵誘発剤（ 内服 ・ 注射 ・ 両方 ）		ヶ月	漢方（		）
		高温期ホルモン補充（ 内服 ・ 注射 ）		ヶ月	タイミング指導		ヶ月
		人工授精	回	体外受精	回	顕微授精	回
						凍結融解胚移植	回
③		年	月	～	年	月くらいまで	
		指摘された問題点：					
		受けた治療： 排卵誘発剤（ 内服 ・ 注射 ・ 両方 ）		ヶ月	漢方（		）
		高温期ホルモン補充（ 内服 ・ 注射 ）		ヶ月	タイミング指導		ヶ月
		人工授精	回	体外受精	回	顕微授精	回
						凍結融解胚移植	回
3、これまで子宮内膜症があると言われたことがありますか？							
				なし	あり		
いつ頃指摘されましたか：		歳の頃		病院（		）	

4,ご主人について教えてください

①これまで専門医を受診されたことがありますか（なし あり：病院名 ）

☆『あり』の方 その時、問題がなかった 問題があった（ ）

②検査は受けてもらえますか？

受ける 必要なら検査する 協力すると思う 話してみないとわからない

③『不妊』や『不妊治療』のことについて理解がある方だと思いますか？

よく理解している 関心はあると思う 理解しているとは思えない

④『不妊』や『不妊治療』の事に関して、知識や関心を深めてほしいと思いますか？

今のままで満足 もっと深めてほしい 関心は示してくれないと思う

⑤忙しいですか？

忙しい 出張が多い（ 日／月） 疲れている 話す暇がない 普通

⑥体調はどうですか？

健康 体調が悪い（ 治療中： ）

5、夫婦生活に関してお尋ねします

①Sexはどのくらいの頻度でありますか？

あまりない 排卵の時期に（ 回／月） 決まっていない（ 回／月）

治療で勧められた時に（ 回／月） 治療のみになっている（人工受精 体外受精）

②Sexで問題を感じていることがありますか？

問題はない 問題があると感じている

例（夫：回数が少ない うまくいかない・・・etc 妻：子供は欲しいがその気にならない・・・etc）

（夫： ）

（妻： ）

6、治療に関してお尋ねします

①不妊治療について今の希望をお書きください

不妊検査のみ セカンドオピニオン タイミング法 人工授精（AIH）

体外受精 顕微授精 夫の検査 胚・精子の凍結

腹腔鏡 子宮鏡 手術希望（ ）

よくわからない その他（ ）

②体外受精などの高度生殖医療について

早めにトライしたい 必要があれば受けたい 今は考えてない

夫婦で意見があわない（ ）

7、特に医師や看護師にお尋ねになりたいことや、伝えておきたいことがありますか？