妊娠相談についての問診票

診察券番号	氏名(妻)　　(夫)

1.避妊をやめてからの期間はどのくらいですか？
(　　)年前　から　または　(　　)ヶ月前から

2.現在　基礎体温表を付けていますか？
いいえ　・　はい　・　過去に付けていた

3.葉酸を摂取していますか？
いいえ　・　はい　(　　) ヶ月前から

4.以下の項目の検査実施の有無、また検査したことのある項目は時期なども教えて下さい

血糖値	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	
甲状腺	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	
風疹抗体	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	20歳以降のワクチン接種　有・無
麻疹抗体	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	20歳以降のワクチン接種　有・無
水痘抗体	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	20歳以降のワクチン接種　有・無
おたふく抗体	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	20歳以降のワクチン接種　有・無

5.心療内科や精神科に受診したことはありますか？
いいえ　・　はい　(診断名　　)

6.喫煙習慣はありますか？
妻：　いいえ　・　はい(約　　本/日)　　夫：　いいえ　・　はい(約　　本/日)

7.飲酒習慣はありますか？
妻：　いいえ　・　はい(約　　日/週)　　夫：　いいえ　・　はい(約　　日/週)

8.ご主人(パートナー)の生年月日を教えて下さい
年　　月　　日(　　)歳

9.ご主人の健康状態について、当てはまる項目があれば○を付けて下さい
a.幼少時以降に、40℃以上の発熱が数日間続いたことがある
b.交通事故等で全身を強く打ったことがある
c.化学療法を行っている　または、過去にしていたことがある
d.現在通院中の病気がある(診断名　　)
e.梅毒・B型肝炎・C型肝炎・HIVのいずれかの感染症の既往がある　⇒(　　)

10.治療を行う上で望むことや,ご夫婦の治療に関するご希望を教えて下さい
a.妊娠に向けて検査をしたい
b.不妊治療の説明を聞きたい
c.排卵日チェック・タイミング法指導を希望
d.人工授精を考えている　または　人工授精を希望している
e.体外受精を考えている　または　体外受精を希望している
f.その他(　　)

11.今まで不妊治療をしたことがありますか？
いいえ　・　はい

12.11で“はい”と答えた方は、下記の治療・検査実施の有無・実施時期・結果を教えて下さい

ホルモン採血	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	
クラミジア検査	行っていない　・	行った(陰性・陽性)	年　月	
淋菌検査	行っていない　・	行った(陰性・陽性)	年　月	
フーナーテスト	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	
卵管造影	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	
ＡＭＨ	行っていない　・	行った(低い・年齢相当・高い)	年　月	
抗精子抗体	行っていない　・	行った(正常・異常)	年　月	
精液検査	行っていない　・	行った(　回)	年　月	
タイミング指導	行っていない　・	行った(　回)	年　月	～　年　月
人工授精	行っていない　・	行った(　回)	年　月	～　年　月
体外受精	行っていない　・	行った(　回)	年　月	～　年　月
顕微授精	行っていない　・	行った(　回)	年　月	～　年　月

また、不妊治療で使用していた薬があれば教えて下さい
(　　)

※診察の前に、スタッフからお話を聞かせて頂くことがあります