**生殖医療センター問診票**

**＊今回の受診目的はどのようなことですか？**　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　月　　日

（　）検査　　　：　（　）不妊症検査　 （　）不育症検査

（　）不妊治療　：　（　）タイミング療法　（　）人工授精　（　）体外受精胚移植

（　）他　　　　：　（　）PGT-A検査

|  |
| --- |
| 自由記載欄 |

**１．基本情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 女性の方 | 男性の方 |
| フリガナ |  |  |
| 氏名 |  |  |
| ご職業 |  |  |
| 身長・体重 | 身長　　　　　ｃｍ　体重　　　　　ｋｇ | 身長　　　　　ｃｍ　体重　　　　　ｋｇ |
| 結婚年齢 | 歳　（未婚・初婚・再婚・事実婚） | 歳　（未婚・初婚・再婚・事実婚） |
| 既往等  ＊これまでかかったことがある病気を記入して下さい |  | 糖尿病　　　　　　あり　・　なし　　・不明  睾丸炎　　　　　　あり　・　なし　　・不明  鼠経ヘルニア手術　あり　・　なし　　・不明  睾丸の打撲・外傷　あり　・　なし　　・不明  勃起障害　　　　　あり　・　なし　　・不明  射精障害　　　　　あり　・　なし　　・不明  その他 |
| 内服の有無  薬剤名 |  |  |
| アレルギーの有無 |  |  |
| 喫煙 | 吸わない・吸う　１日　　本　　　年間 | 吸わない・吸う　１日　　本　　　年間 |
| 飲酒 | 飲まない・毎日飲む・付き合い程度 | 飲まない・毎日飲む・付き合い程度 |

**２．避妊歴について：**避妊期間はありますか？　　あり（期間：　　年　　ヶ月）　・　なし

**３．性交回数について**：１ヶ月に　　　回

**４．不妊期間について**：　　　　年　　ヶ月

**５．妊娠歴について**：妊娠されたことはありますか？　　　いいえ　・　はい（下記に詳細をご記入下さい）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出産時年齢 | 分娩 | 流産 | 中絶 |
| 年　　月　　　歳 | 男　女（経腟・帝王切開） | 週（心拍確認あり・なし） | 週 |
| 年　　月　　　歳 | 男　女（経腟・帝王切開） | 週（心拍確認あり・なし） | 週 |
| 年　　月　　　歳 | 男　女（経腟・帝王切開） | 週（心拍確認あり・なし） | 週 |
| 年　　月　　　歳 | 男　女（経腟・帝王切開） | 週（心拍確認あり・なし） | 週 |
| 年　　月　　　歳 | 男　女（経腟・帝王切開） | 週（心拍確認あり・なし） | 週 |
| 年　　月　　　歳 | 男　女（経腟・帝王切開） | 週（心拍確認あり・なし） | 週 |

**６．不妊検査歴**　　（　）検査歴なし　　（　）検査歴あり＊以下の表に記入してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査名 | 検査日 | 結果 | 異常ありの場合以下に記載 |
| 子宮頸がん検診 | 年　　月 | （　）異常なし | ＊どのようにいわれていますか  （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| クラミジア分泌物検査 | 年　　月 | （　）異常なし | （　）異常あり（　）治療未（　）治療済 |
| AMH | 年　　月 | （　）異常なし |  |
| ホルモン検査 | 年　　月 | （　）異常なし | （　）高プロラクチン血症  （　）多嚢胞性卵巣症候群  （　）甲状腺機能異常  （　）早発卵巣機能不全  （　）その他（　　　　　　　　　　　　） |
| （　）通気・通水テスト  （　）子宮卵管造影 | 年　　月 | （　）異常なし | （　）右  （　）閉塞（　）狭窄（　）癒着（　）卵管水腫  （　）左  （　）閉塞（　）狭窄（　）癒着（　）卵管水腫 |
| （　）子宮鏡検査 | 年　　月 | （　）異常なし | （　）子宮内膜ポリープ  （　）他 |
| 精液検査 | 年　　月 | （　）異常なし | （　）数が少ない  （　）運動率が低い  （　）奇形率が高い  （　）その他 |

**７．不妊治療歴**

一般不妊治療について　①タイミング療法　　回　　（自然周期　　　回　・　卵巣刺激周期　　　回）

　　　　　　　　　②人工授精　　　 回　　（自然周期　　　回　・　卵巣刺激周期　　　回）

体外受精について　：　**採卵**　（保険で　　回・自費で　　回実施）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 採卵年月 | 卵巣刺激法  例アンタゴニスト・PPOS法など | 採卵数 | 受精率 | 凍結個数 | 施設名 |
| 例 | 2025年２月 | アンタゴニスト | 10　個 | 媒精3個/5個　顕微授精　5/5個 | 6個 |  |
| １ | 年　月 |  |  |  |  |  |
| ２ | 年　月 |  |  |  |  |  |
| ３ | 年　月 |  |  |  |  |  |
| ４ | 年　月 |  |  |  |  |  |
| ５ | 年　月 |  |  |  |  |  |

体外受精について　：　**胚移植**（保険で　　回・自費で　　回実施）

長野市民病院　生殖医療センター

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 移植年月 | 胚のグレード（わかる範囲でご記入下さい　例４AB）： | 結　　果 |
| 1 | 年　　月 |  | （　）陰性　（　）着床あり　（　）妊娠あり |
| 2 | 年　　月 |  | （　）陰性　（　）着床あり　（　）妊娠あり |
| 3 | 年　　月 |  | （　）陰性　（　）着床あり　（　）妊娠あり |
| 4 | 年　　月 |  | （　）陰性　（　）着床あり　（　）妊娠あり |
| 5 | 年　　月 |  | （　）陰性　（　）着床あり　（　）妊娠あり |
| 6 | 年　　月 |  | （　）陰性　（　）着床あり　（　）妊娠あり |