

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

() 不妊検査目的 () 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 c m 体重 k g	身長 c m 体重 k g
結婚年齢	歳 （未婚・初婚・再婚・事実婚）	歳 （未婚・初婚・再婚・事実婚）
月経歴・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	最終月経 月 日～ 日間 月経周期 日型	糖尿病 あり ・ なし ・ 不明 睪丸炎 あり ・ なし ・ 不明 鼠経ヘルニア手術 あり ・ なし ・ 不明 睪丸の打撲・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）

[illegible]

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 例 媒精8個/10個 顕微授精 7/10	凍結個数 例 8 個	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	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)

例	移植年月	胚のグレード (わかる範囲でご記入下さい 例 4AB) :	(○) 陰性 () 着床あり () 妊娠あり
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

