



- 卵巣嚢腫や子宮筋腫を指摘されたことがある → いいえ はい
- 開腹手術を受けたことがある いいえ はい → 内容：( )
- 糖尿病を指摘されたことがある いいえ はい
- 甲状腺の病気を指摘されたことがある いいえ はい
- 膠原病やリウマチなどの自己免疫疾患を指摘されたことがある いいえ はい
- ホルモン剤・精神科の薬・胃潰瘍の薬などを飲んでいる いいえ はい  
はいの場合 → 現在飲んでいる薬の名前 ( )

## ■ 妊娠・出産経験について教えてください

- 今までに妊娠または出産したことがある なし あり（以下に記入して下さい。）

|     | 妊娠結果                    | 分娩様式     | 不妊治療         | パートナー      |
|-----|-------------------------|----------|--------------|------------|
| 年 月 | 正常・早産・死産<br>子宮外妊娠・流産・中絶 | 経膈<br>帝切 | 治療あり<br>自然妊娠 | 現夫<br>それ以外 |
| 年 月 | 正常・早産・死産<br>子宮外妊娠・流産・中絶 | 経膈<br>帝切 | 治療あり<br>自然妊娠 | 現夫<br>それ以外 |
| 年 月 | 正常・早産・死産<br>子宮外妊娠・流産・中絶 | 経膈<br>帝切 | 治療あり<br>自然妊娠 | 現夫<br>それ以外 |
| 年 月 | 正常・早産・死産<br>子宮外妊娠・流産・中絶 | 経膈<br>帝切 | 治療あり<br>自然妊娠 | 現夫<br>それ以外 |

## ■ 今までの不妊検査について

今までに不妊について検査したことは なし あり（以下の当てはまるものに☑をつけて下さい）

- ホルモン検査（ 年 月） 子宮卵管造影（ 年 月）  
精液検査（ 年 月） フーナーテスト（ 年 月）  
抗精子抗体（ 年 月）

## ■ 今までの治療について

- 今までに不妊治療をしたことは なし あり（ありの場合以下に記入してください）  
 タイミング（自己< >回 病院< >回） 人工授精（ ）回  
 体外受精（ ）回 顕微授精（ ）回
- 排卵誘発剤を使用したことは なし あり（ありの場合以下に記入してください）  
飲み薬（ ）か月 注射（ ）か月

## ■ 以前に検査・治療を受けていた病院名を教えてください

( ) ( )

女性側の問診は以上です。ご協力有り難うございました。

ID \_\_\_\_\_

## 問診票（男性用）

|      |  |          |    |   |   |            |
|------|--|----------|----|---|---|------------|
| ふりがな |  | 生年<br>月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日生<br>( 歳) |
| お名前  |  | ご職業      |    |   |   |            |

### ■ 国籍について教えてください

日本 日本以外 → ( )

### ■ 以下について教えてください

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

- 生活習慣: 喫煙 なし あり → ( )本/日 過去に喫煙歴あり  
飲酒 なし あり → 種類 ( ) 量 ( ) /日
- ステロイド剤（内服）、育毛剤、精神科の薬を使ったことがありますか  
いいえ はい → 薬の名前 ( )
- その他現在服用中の薬やサプリがありますか  
いいえ はい → 薬の名前 ( )
- 以下の病気にかかったことがあれば をつけてください。  
結核 糖尿病 おたふくかぜ
- その他大きな病気をしたことがありますか  
いいえ はい → 病名 ( )
- 過去に別のパートナーとの間に結婚歴が ない ある  
ありの場合、過去のパートナーとの間に 子供がいる 子供がいない

### ■ 性機能について教えてください

- 性欲はありますか あり やや減退している ほとんどない 全くない
- 勃起しますか はい 勃起はするがすぐに萎縮する  
勃起力が弱く膣内への挿入は不可能である 全く勃起しない
- 射精しますか? はい いいえ
- 性行回数は 平均 ( ) 回 / (日・週・月・年)

男性側の問診は以上です。ご協力有り難うございました。