

京都府助産師会相談室問診票

記入日： 年 月 日

相談室では、相談をスムーズに行うために事前に問診票にお答えいただいております。限られた相談時間を少しでも長く相談に取りたいので、事前にフォーマットからダウンロードし記入したものを当日持参していただきたく思います。お答えいただいた内容は厳重に保管しますので、外部に漏れることはありません。出来るだけ正確にお答えください。また、助産師が相談の際に再度同じ内容について質問または確認することがありますが、ご了承くださいますようお願いいたします。

氏名		生年月日	年 月 日
			(歳)
住所	〒 市		
電話番号	() -	職業	

以下はあなたについての質問です。出来るだけ詳しく、正確にご記入ください。

- 相談室（不妊相談）を何で知りましたか。
・新聞 ・保健所（センター） ・インターネット ・その他（ ）
- 現在、結婚されていますか。
既婚（ 年 月, 歳） ・ 離婚（ 年 月, 歳） ・ 未婚
- これまでに大きな病気にかかったことがありますか。
また、現在かかっている病気がありますか。ない ・ ある（ ）
⇒現在服用している薬がありますか。（薬剤名： ）
- これまでに手術をしたことがありますか。
ない ・ ある（ ）
- 月経について
 - ① 初経は（ ）歳
 - ② 最終月経 年 月 日
 - ③ 周期（ ）日型（ 整 ・ 不整 ）
 - ④ 量（ 少ない ・ 普通 ・ 多い ）
 - ⑤ 月経痛（ 弱い ・ 強い ）
 - ⑥ 鎮痛剤の使用 ない ・ ある（ ）
- 子どもがほしいと思い初めてからどれくらい経ちますか。避妊されていた期間は除いてください。
（ ）年（ ）ヶ月
- 夫婦生活についてお伺いします。
（ ）回/週又は（ ）回/月
- これまでに妊娠又は流産したことがありますか。また、現在子どもがいますか。
妊娠： ある（ ）回 ・ ない
流産： ある（ ）回 ・ ない
現在子どもがいますか： いる（ ）人 ・ いない

裏面もご記入ください。

9 不妊治療を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい (「はい」の方のみ①～⑤にお答えください。)

① 治療期間：() 年 () ヶ月

② 受けられた検査は？

・基礎体温表 ・子宮卵管造影検査(レントゲン) ・卵管通気, 通水検査 ・精液検査
・ホルモン検査 ・腹腔鏡検査 ・その他()

③ 受けられた治療は？

・排卵誘発の薬を服用, 排卵誘発の薬を注射 ・黄体ホルモン補充療法(内服・注射)
・タイミング療法(性交のタイミングを指導) _____ か月又は _____ 回
・人口受精 _____ 回 ・手術(腹腔鏡下手術・開腹術) ⇒詳しく

()

・体外受精 ・顕微授精(排卵誘発 _____ 回 胚移植 _____ 回)

④ 不妊治療後に妊娠(出産に至らなかった場合を含む)されたことがありますか。

・はい ・ いいえ

⑤ これまでの治療内容について, 医師から受けた説明を理解していますか。

・ほぼ理解している ・ 一部理解している ・ ほとんどわからない

10 あなたが同居されている方に○印を付けてください。

・夫 ・夫の両親(父・母) ・自分の両親(父・母)
・子ども ・その他()

以下は, 御主人に関する質問です。分かる範囲でご記入ください。

1 パートナーの年齢 _____ 歳

2 パートナーの職業は()

3 パートナーはこれまでに大きな病気にかかれたことがありますか。

4 パートナーは泌尿器科で不妊治療を受けられたことがありますか。 ある ・ ない

5 パートナーはあなたが不妊治療を受けていることをご存知ですか。

6 パートナーはあなたの不妊治療に理解があり協力的ですか。

はい ・ どちらとも言えない ・ いいえ

7 身近に相談できる人がいますか? はい ・ いいえ

8 本日のご相談内容を下記よりお選びください。

A 不妊治療を始めるかどうか

B 不妊治療の流れ、内容について

検査・タイミング・人工授精・体外受精・着床前診断・出生前診断

C 不妊治療方針について

D 病院について

E 不妊治療中の気持ちについて

F 経済的不安について

G パートナーとの関係について

H その他()

ありがとうございます。助産師にお渡しください。