

御氏名 ふりがな _____ 年齢 _____ 歳 生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 携帯電話 _____ ー _____ ー 自宅電話 _____ ー _____ ー
 御住所 〒 _____

I. 卵子凍結をご希望される方に質問をします。

1. 加齢とともに、妊娠率はどうなると思いますか？（妊娠率は、上がる 現状維持 下がる）
2. 性交渉をしたことがありますか？（はい・いいえ）
3. 現在、基礎体温をつけていますか。（はい・いいえ）
4. 産婦人科を受診したことがありますか？（はい・いいえ）
5. 妊娠したことはありますか。（はい・いいえ）
 妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 流産 _____ 回 ×AA
6. 子宮頸がん検診を受けたことがありますか？
 （ない・ある 平成 _____ 年 _____ 月頃 結果：問題無し・要治療）
7. 子宮頸がん検診を本日行ってもよいですか。（はい・いいえ）
8. 甲状腺について指摘を受けたことがありますか？（はい 時期/内容 _____ ・ いいえ）
9. 薬で問題が生じたことがありますか？（はい 薬品名 _____ ・ いいえ）
10. 食品（エビ・カニ等）で問題が生じたことはありますか？（はい 食品名 _____ ・ いいえ）
11. 歯科治療での麻酔薬（キシロカイン等）で問題が生じたことがありますか。（はい・いいえ）
12. 今までに、手術を受けたことがありますか？（はい 手術時期/内容 _____ ・ いいえ）
13. 生理周期についてお尋ねします。周期もご記入ください。

生理開始日	/	/	/	/	/	/
周期（例 28 日）	日	日	日	日	日	日

14. タバコは吸いますか。（はい 1日 _____ 本・ いいえ）
15. 血液凝固機能障害（深部静脈血栓症等）と診断されたことがありますか。（はい・いいえ）
16. 飲み薬、健康食品、サプリメント、漢方薬などを服用していますか。（はい・いいえ）
 「はい」の場合、品名をお書きください。（例：葉酸、ルイボスティー、ローヤルゼリー、CoQ10 等）
 薬品名 _____

II. これまでに産婦人科を受診したことがある方に質問をします。

1. 産婦人科を受診した症状と、医師からどのような説明がありましたか。

時期 _____	症状 _____	説明 _____
時期 _____	症状 _____	説明 _____
時期 _____	症状 _____	説明 _____

下記の検査を受けたことがありますか。検査結果があれば、問診票と一緒に提出してください。

腹腔鏡検査 ・ 子宮鏡検査 ・ 血液検査 ・ その他（ _____ ）

卵管造影検査の結果は （ 受けた事がない ・ 両側通過 ・ 片側のみ通過 ・ 両側閉鎖 ）

裏面にも記載事項があります。

III. これまでに、不妊治療をしたことがある方に質問します。(複数回答可)

タイミング治療(内服薬なし) _____ 周期(回) HCG 注射 _____ 回
クロミフェン・HMG(注射)等での排卵誘発 _____ 周期(回) HCG 注射 _____ 回
人工授精(AIH または IUI) _____ 周期(回) HCG 注射 _____ 回
体外受精または顕微授精 _____ 周期(回)

IV. 今後の卵子凍結に対して、どのような希望がありますか。(複数回答可)。

- (1) 今日は、お話だけ聞かせてほしい。
- (2) 卵巣や子宮の状態を確認したい。
- (3) 卵巣年齢や生殖年齢を知りたい。(AMH 検査)
- (4) 排卵やホルモン環境、タイミングを見ながらゆっくりすすめたい。
- (5) 早めに卵子凍結をしたい。

V. 当院の凍結卵子説明会に参加されたことはありますか？

はい (平成 年 月 日) いいえ

VI. 当院にメールにて不妊治療に関する質問をしたことがありますか？

はい (平成 年 月頃) いいえ

VII. 卵子凍結の費用はどの程度かかるとお思いますか？

- (1) 1~20 万円程度
- (2) 20~40 万円程度
- (3) 40~60 万円程度
- (4) 60~80 万円程度
- (5) 80~100 万円程度
- (6) 100 万円以上

VIII. その他、治療に関する御希望があればお書きください。

問診表は以上です。ご記入ありがとうございました。受付に提出してください。

Height _____ . _____ cm Weight _____ . _____ kg BMI= BP= / Pulse=