



岩手医科大学産婦人科関係施設殿

謹啓

貴院におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より円滑な診療に御協力いただき誠に有難うございます。この度、当院に不妊治療目的に紹介いただく患者さま向けに「不妊治療を希望されている患者様へ」というパンフレットを作成いたしました。

大変お手数ですが、紹介の際に患者さまに配布していただければと存じます。

今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

熊谷 仁

盛岡市内丸 19-1

岩手医科大学産婦人科

019-651-5111(内線 2344)

2018.1.29

不妊治療を考えられている患者様へ

生殖医療専門医を中心に、専属医師を外来・病棟に配置し診療を行っています。不妊症検査・一般不妊治療から体外受精胚移植・子宮鏡/腹腔鏡手術まで行っています。顕微授精も実施しており、男性不妊にも対応しています。十分な不妊原因の検索を行い、各ご夫婦に必要な治療を提供しております。患者さまの通院の負担を軽減するため、自己注射や膣坐薬なども積極的に導入しています。

予約

初診は**完全予約制(火曜日AM)**です。

事前にTELで予約をとってから来院してください。(TEL受付時間 平日14-16時)

予約受付 ☎ 019-651-5111 内線 2226

婦人科外来受付につながりますので「不妊新患の予約をとりたい」旨をお話してください。

初診時にお持ちいただくもの

- 保険証(ご夫婦で来院される場合にはご夫婦の分をお持ちください。また保険手続き中の方は受付にお申し出ください。)
- 紹介状(検査データもあれば同封してください)
- 基礎体温表
- 問診票(女性用 1部、男性用 1部)



バス 盛岡駅→(バス10分)→「中央通一丁目」→「岩手医大前」
バス停下車(徒歩2分)→岩手医科大学

車 盛岡駅から10分 徒歩 盛岡駅から30分

[内丸キャンパス] ☎020-8505 岩手県盛岡市内丸19-1



初診以降の再診は下記の日程で受付しています。

受付時間	月	火	水	木	金	土	日
8:30-11:00	○	○	○	○	○	●	—

↑

第1・4土曜日のみ

再診予約はTELでとることはできません。予約の方が優先ですので、予約外で受診される場合にはお時間に余裕をもって受診していただくようお願いいたします。

不妊問診票 (女性)

記入日 年 月 日

※災害時・緊急時などどうしてもご連絡が必要な場合もありますので、正確にご記入ください。

(妻)	フリガナ	生年月日(必須)
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	携帯メールアドレス(「.」「_」「-」などの記号は明瞭に)
(夫)	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日 (才)
	携帯番号	携帯メールアドレス(「.」「_」「-」などの記号は明瞭に)
ご住所 (必須)	〒	自宅電話 自宅メールアドレス

※個人情報は当院が診療に必要な用途以外には使いません。

1) 血液型 型 RH(+)・(-) 身長 cm 体重 kg

2) 当院で希望する治療は何ですか。

タイミング指導・排卵障害に対する卵巣刺激・人工授精・体外受精・その他 ()
検査のみ

※当院は「検査のみ」の場合には行いません。治療を希望される方のみとなります。

3) 結婚歴(該当する項目に○を付け、ご記入ください)

結婚した時の年齢 才 初婚 西暦 年 月

再婚 西暦 年 月

再婚の方→前夫との間に子供はいますか? 人

婚約中 内縁 独身

4) 不妊期間(年 月)←結婚後、妊娠を希望してからの期間を記入してください。

避妊期間 特にない・ある(西暦 年 月 ~ 西暦 年 月 の ヶ月間)

5) 今まで治療していた病院で、不妊原因は何と言われていましたか。

(病院名: _____ 原因: _____)

6) 月経歴(最終月経を含む3ヶ月分)

月 日 より出血 日間 持続

月 日 より出血 日間 持続

月 日 より出血 日間 持続

初経 才 月経周期 日 型(順・不順)、出血の持続 日間

月経量(多量・中等量・少量) 月経痛(ある・ない)

7)妊娠歴 いままで妊娠したことはありますか。(はい・いいえ)

妊娠したことがある方は、次にお答えください。

※子宮内に胎嚢(赤ちゃんの袋)が見える前に月経が来る「化学的妊娠(化学的流産)」は、妊娠・流産には含めません。

西暦 _____年 月(流産・早産・正常分娩・人工妊娠中絶・子宮外妊娠)

西暦 _____年 月(流産・早産・正常分娩・人工妊娠中絶・子宮外妊娠)

西暦 _____年 月(流産・早産・正常分娩・人工妊娠中絶・子宮外妊娠)

西暦 _____年 月(流産・早産・正常分娩・人工妊娠中絶・子宮外妊娠)

西暦 _____年 月(流産・早産・正常分娩・人工妊娠中絶・子宮外妊娠)

8)性生活 一ヶ月の性交回数(約 _____回)

9)既往歴(○印で囲んでください)

喘息 / 糖尿病 / 膠原病 / がんなどの悪性疾患 / 精神疾患

B型・C型肝炎 / クラミジア尿道炎 / 梅毒 / HIV(エイズ) / 結核

その他(_____)

手術の既往があれば教えてください。

① 病名: _____ (施設名: _____)

術式: _____

② 病名: _____ (施設名: _____)

術式: _____

10)煙草は吸いますか?(はい・いいえ)

「はい」のかた→(喫煙歴 _____年、本数 _____本/日)

11)ご家族で病気の方はいますか?

糖尿病 / 膠原病 / 遺伝的な病気 / がんなどの悪性疾患 / B型・C型肝炎

その他(_____)

12)食物・薬物アレルギーはありますか。

ない・ある(具体的に _____)

13)現在のんでいる薬・サプリメントはありますか。

ない・ある

内服薬がある方は下記を記載もしくはお薬手帳のコピーを貼付してください。

① _____ mg 1日の内服量 _____錠

② _____ mg 1日の内服量 _____錠

③ _____ mg 1日の内服量 _____錠

④ _____ mg 1日の内服量 _____錠

14) 自覚症状 (該当箇所があれば○印で囲んでください)

しぼるとお乳がでる / 性交痛 / 手のふるえ / 体重の急激な増減 (_____ kg/ _____ か月)

その他(_____)

15) 今までどのような不妊検査を受けましたか。

① 基礎体温(正常・異常)

② 子宮卵管造影(正常・異常)

③ 卵管通気・通水(正常・異常)

④ 腹腔鏡検査(正常・異常)

⑤ ホルモン検査(正常・異常)

⑥ フーナーテスト(正常・異常)

⑦ その他(_____)

16) 今までにどのような不妊治療を受けましたか。(治療を受けた施設名 _____)

① タイミング法(_____ 回)

② 人工授精(_____ 回)

③ホルモン療法(クロミフェン _____ 回、HMG _____ 回)

④その他の薬物療法(_____)

⑤体外受精・顕微授精(採卵 _____ 回、新鮮胚移植 _____ 回、凍結胚移植 _____ 回)

⑥その他(_____)

7)おたふく風邪にかかったことがありますか(あり・なし)

ありの方はその際、精巢がはれましたか(はい・いいえ)

8)既往歴(○印で囲んでください)

喘息 / 糖尿病 / 膠原病 / がんなどの悪性疾患 / 精神疾患

B型・C型肝炎 / クラミジア尿道炎 / 梅毒 / HIV(エイズ) / 結核

その他()

手術の既往があれば教えてください。

① 病名: (施設名;)

術式:

② 病名: (施設名;)

術式:

9)煙草は吸いますか?(はい・いいえ)

「はい」のかた→(喫煙歴 年、本数 本/日)

10)ご家族で病気の方はいますか?

糖尿病 / 膠原病 / 遺伝的な病気 / がんなどの悪性疾患 / B型・C型肝炎

その他()

11)食物・薬物アレルギーはありますか。

ない・ある(具体的に_____)

12)現在のんでいる薬・サプリメントはありますか。

ない・ある

内服薬がある方は下記を記載もしくはお薬手帳のコピーを貼付してください。

① _____ mg 1日の内服量 _____錠

② _____ mg 1日の内服量 _____錠

③ _____ mg 1日の内服量 _____錠

④ _____ mg 1日の内服量 _____錠