

問診票（不妊）

記入日 年 月 日

名前： \_\_\_\_\_

（ご主人又はパートナーの名前・生年月日・職業）

名前： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 歳） ご職業 \_\_\_\_\_

以下の下線部には数値又は文字を、当てはまる項目は□にチェックをお願い致します。

1. 主な相談内容 一度も妊娠したことがない 流産又は分娩したことがあるが妊娠しない
2. お子さんを希望されてどれくらい経ちますか？ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_カ月
3. 現在の婚姻関係について  
初婚（\_\_\_\_\_歳時） （\_\_\_\_\_）回目の結婚（\_\_\_\_\_歳時） 入籍予定あり 事実婚 入籍予定なし
4. 不妊治療のため通院されたことはありますか？ある場合は前院での治療・検査内容についてお答えください。  
ない あり（医療機関名：\_\_\_\_\_）（通院機関：\_\_\_\_\_）  
 行ったことがある治療内容  
 タイミング（\_\_\_\_\_回） 人口授精（\_\_\_\_\_回） 体外受精（\_\_\_\_\_回） 顕微授精（\_\_\_\_\_回）  
 以前の通院先で不妊の原因について何か指摘されましたか？（\_\_\_\_\_）
5. 下記検査についてお答えください。

検査名	検査歴	結果	実施時期	異常だった場合、詳細を記入してください。
精液検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
性交後試験（フーナー試験）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
子宮卵管造影検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
子宮鏡（ヒステロスコープ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
子宮内膜炎検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
子宮内フローラ検査	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
子宮頸がん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
AMH	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		

6. 下記病気についてお答え下さい。

病名	検査歴	既往歴
性器ヘルペス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
クラミジア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
淋菌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
梅毒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
HIV	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
B型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
C型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
コンジローマ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

7. たばこについて  
吸わない 以前は吸っていた 現在吸っている（\_\_\_\_\_本 /日） 家族・同居人が吸っている（\_\_\_\_\_本 /日）
8. 治療内容について希望するものを選択してください。（複数回答可）  
検査のみ希望 一般不妊治療（タイミング指導・排卵誘発） 人工授精  
治療に入る前に一通りの検査を行っておきたい（自費保険関わらず）  
治療に入る前に一通りの検査を行っておきたい（保険適応のみ）  
治療を進める中で必要に応じて都度検査行いたい（自費保険関わらず）  
治療を進める中で必要に応じて都度検査行いたい（保険適応のみ）

他医療機関で行った検査結果や紹介状があれば受付でお渡ししてください

## 不妊治療を患者様へ

2022年4月より生殖医療（不妊治療）の保険適用拡充が進みました。当院では保険診療・自由診療ともにご利用いただけます。

不妊治療の保険適用にあたり、厚生労働省より不妊治療を行う医療機関で対象患者の婚姻関係の確認が義務づけられており、初回保険診療時まで必要書類（詳細別紙あり）のご持参をお願いしております。ご提出いただけない場合は保険適応になる内容であっても自費で行い、治療内容によってはお断りすることもあります。合わせて、保険診療開始時に治療計画書を作成することも義務付けられ、作成時にパートナーの同席をお願いすることもあります。

保険診療を行った場合は窓口負担が3割負担となり、経済的負担軽減につながると思います。ですが、保険適応範囲内で行う治療は標準化されたものになります。これは、使用できる薬剤の種類・量・回数、必要な検査の回数が制限される場合は、その範囲内でのみ行うということです。自費診療であれば、制限がないためそれぞれに合わせた個別の医療として治療が行えます。

**保険適用のメリット** 費用負担が軽くなる

**保険適用のデメリット** 夫婦やカップルの事情に合わせた治療ができなくなる

日本の健康保険制度では、同一傷病（病気）に対する保険と自費の診療を混在させる『混合診療』が禁止とされています。不妊治療は1クール（月経から次の月経まで期間）単位で治療を捉えており、自費でしか行えない検査を実施したクールは自費診療のクールと捉え診療を案内しております。

特に不妊初回診察時又は期間を空けてお伺いする際に、自費の検査が必要で実施いたします。他医療機関や前回治療時に同じ検査を行っていた場合でも、実施年月日によっては当院にて再度同じ検査を行わせていただきます。そのため初回クローを自費でご案内する方がいます。

治療に関して気になることがあればご相談ください。