

不妊問診票

_____年 _____月 _____日

氏名	妻 () 歳	身長 _____ cm	体重 問診時測定します _____ kg
	夫 () 歳	身長 _____ cm	体重 _____ kg

【1】 結婚・不妊歴について

1	結婚歴	結婚 _____ 歳
		夫 初婚 / 再婚 子ども (無 / 有 人)
		妻 初婚 / 再婚 子ども (無 / 有 人)
2	不妊期間	_____ 年 _____ ヶ月
3	避妊期間	なし / あり _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月まで

【2】 生活環境について

1	生活習慣について		アルコール	喫煙
		夫	毎日 ・ 時々 ・ 無	本/日 ・ 無
		妻	毎日 ・ 時々 ・ 無	本/日 ・ 無
2	夫婦生活について	問題なし ・ 性交の回数が少ない ・ 性交に支障がある		

【3】 今までに行った不妊治療について

今までに不妊治療を行ったことがありますか？ (ない・ある)

「ある」とお答えの方にお尋ねします。

今回の不妊に関して、治療を行ったことがありますか？ (ない・ある)

「ある」とお答えの方は、①～③までお答えください。

① 治療期間について

_____年 _____月頃から _____年 _____月ころまで

_____病院・医院・クリニックを受診

② 治療内容

<input type="checkbox"/>	自然周期 (薬未使用) でのタイミング療法	()	回
<input type="checkbox"/>	排卵誘発剤 (注射) でのタイミング療法	()	回
<input type="checkbox"/>	排卵誘発剤 (内服薬) でのタイミング療法	()	回
<input type="checkbox"/>	人工授精	()	回
<input type="checkbox"/>	体外受精	()	回
<input type="checkbox"/>	顕微授精	()	回
<input type="checkbox"/>	胚移植	()	回 ※保険診療での胚移植 () 回
<input type="checkbox"/>	手術療法 (腹腔鏡含む)	_____年 () 月	手術名 ()
<input type="checkbox"/>	その他 ()		

③ 今まで行った検査についてご記入ください。

検査	選択してください		
クラミジア検査	なし / あり →	年 月	陰性 / 陽性
ホルモン検査	なし / あり →	年 月	正常 / 異常 / 不明
子宮卵管造影検査	なし / あり →	年 月	右 : 正常 / 異常 / 不明
			左 : 正常 / 異常 / 不明
ヒューナー検査	なし / あり →	年 月	良好 / 不良
抗ミューラー管ホルモン	なし / あり →	年 月	
抗精子不動化抗体	なし / あり →	年 月	陰性 / 陽性
甲状腺検査	なし / あり →	年 月	正常 / 異常 / 不明
子宮鏡検査	なし / あり →	年 月	正常 / 異常 / 不明
精液検査	なし / あり →	年 月	正常 / 異常 / 不明

【4】 妊娠・出産（治療歴）について

今までに妊娠・出産されたことがある方は下記に してください。

妊娠回数		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	
妊娠方法	自然妊娠	<input type="checkbox"/>						
	タイミング法	<input type="checkbox"/>						
	人工授精	<input type="checkbox"/>						
	体外受精	新鮮胚移植	<input type="checkbox"/>					
		凍結胚移植	<input type="checkbox"/>					
	顕微授精	新鮮胚移植	<input type="checkbox"/>					
凍結胚移植		<input type="checkbox"/>						

【5】 当院での検査・治療を現時点でどこまでしたいとお考えですか？

排卵しているかどうか調べるだけでよい。

(薬を一切使用せず、排卵のタイミングだけを知りたい。)

自分だけの一般的な検査は済ませておきたい。

夫も合わせて検査をしておきたい。

必要、あるいは行なったほうが良いと判断されたら、夫も含め、積極的に検査と

段階を踏んだ治療を受けたいと思っている。

その場合、治療は 人工授精までを考えている。

体外受精までを考えている

今の段階ではわからない

【6】 その他、ご質問があればご記入下さい。

()