

# 不妊問診票

氏名\_\_\_\_\_

あてはまる項目に☑、または空欄にご記入ください。

1) 妊娠を希望してどれくらいですか？ ( )年( )か月

※妊娠を希望してから今までの期間です。積極的に希望していなくても避妊していなかった期間を含みます。

2) 今まで治療されていれば内容を教えてください。

□自己タイミング→ 約( )周期 【□ タイミングが分からない □ ED 傾向 □セックスレス □シリンジ法】

□病院でのタイミング法→ 約( )周期 □病院での排卵誘発→ 約( )周期

□人工授精→( )回施行

【体外受精】

□採卵→( )回施行 ⇒ うち体外受精( )回 顕微授精( )回 併用( )回

誘発方法 ⇒ ショート/ロング法( )回 アンタゴニスト/黄体ホルモン法( )回

クロミッド/レトロゾール( )回 自然( )回

□胚移植→( )回施行 ⇒ うち初期胚移植( )回 胚盤胞移植( )回

⇒ うち新鮮胚移植( )回 凍結融解胚移植( )回

3) 今までの検査結果があればご記入ください

※検査結果をお持ちの方はスキャンを取らせていただきますので、問診票と一緒にご提出ください。

| 検 査               | 施行日 | 結 果       | 検 査      | 施行日 | 結 果       |
|-------------------|-----|-----------|----------|-----|-----------|
| ホルモン採血<br>(月経中)   | 年 月 | 異常なし・異常あり | 通水・通気検査  | 年 月 | 異常なし・異常あり |
| ホルモン採血<br>(高温期)   | 年 月 | 異常なし・異常あり | 子宮卵管造影検査 | 年 月 | 異常なし・異常あり |
| AMH               | 年 月 |           | 子宮鏡検査    | 年 月 | 異常なし・異常あり |
| フナーテスト<br>(性交後検査) | 年 月 | 異常なし・異常あり | 不育症検査    | 年 月 | 異常なし・異常あり |

4) 既往歴について 今までに以下の疾患にかかれたことがありますか？

| 疾 患 名       |     | 手 術 の 有 無 | 経 過      |
|-------------|-----|-----------|----------|
| 虫垂炎         | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |
| 甲状腺疾患       | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |
| クラミジア       | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |
| 子宮頸部異形成・頸がん | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |
| 子宮内膜症       | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |
| 子宮筋腫        | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |
| 卵巣のう腫       | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |
| 子宮内膜ポリープ    | 無・有 | 無・有→( )歳  | 経過観察中・完治 |

5) 女性の生活習慣について

・たばこは吸いますか？ → いいえ・はい( )本/日 電子タバコですか？ はい・いいえ

・アルコール → □週にワイン 2 杯、ビール 500ml 未満 □左記以上 □飲まない

・カフェイン → □1日4杯未満 □1日4杯以上

・睡眠時間 → □1日6～8時間 □6時間未満 □8時間以上

・1 ヶ月の性交回数 →( )回

6) 当院で受けられた検査結果は、ご夫婦にご説明する場合がありますがよろしいでしょうか → はい・いいえ