

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 (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 (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
フーナーテスト (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ることがありますか？

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