

不妊のお悩みで来られた方は、以下の質問にもお答え下さい。

年 月 日

□氏名 □年齢 歳

□結婚歴 結婚年齢 ( 才 )
結婚年月日 ( 年 月 ) 離婚 ( 年 月 ) 再婚 ( 年 月 ) ( 婚約中・独身 )

□避妊期間 ( ある ・ ない ) ( 年 月 ~ 年 月 )

□不妊期間 ( 年 ヶ月 )

□性生活 1ヶ月間の性交回数 ( 回 日に一度 )

□自覚症状 1. しぼるとお乳が出る 2. 性交痛がある 3. 手の震えがある 4. 体重の急激な増加・減少がある
5. 腹痛がある 6. その他 ( )

□今までの不妊治療について

A. 今まで治療していた病院で、不妊の原因は何と言われていましたか。

- 1. 卵管が悪い 2. 排卵が異常 3. 精子が悪い 4. 頸管粘液が少ない 5. 子宮筋腫がある
6. その他 ( )

B. 今までどのような検査を受けましたか。

- 1. 基礎体温 ( 正常 ・ 異常 ) 2. 卵管通気・通水 ( 正常 ・ 異常 ) 3. 精液検査 ( 正常 ・ 異常 )
4. 頸管粘液検査 ( 正常 ・ 異常 ) 5. 子宮卵管造影 ( 正常 ・ 異常 ) 6. 子宮内膜検査 ( 正常 ・ 異常 )
7. 腹腔鏡検査 ( 正常 ・ 異常 ) 8. ホルモン検査 ( 正常 ・ 異常 ) 9. ヒューナーテスト ( 正常 ・ 異常 )
10. その他 ( )

C. 今までにどのような治療を受けられましたか。

- 1. ホルモン療法 ( クロミフェン・HMG ・ ) 2. 通気・通水 3. 人工授精 ( 回 )
4. 体外受精 ( 回 ) 5. GIFT ( 回 ) 6. 顕微授精 ( 回 )
7. その他 ( )

□今まで治療していた主な病院名を書いてください。

- 1. 2. 3.

□職業 ( ある ・ ない ) \*あればできるだけ詳しくお書きください。 ( )

□夫について 職業 ( ある ・ ない ) \*あればできるだけ詳しくお書きください。 ( )

夫の結婚年齢 ( 才 ) 夫の現在の年齢 ( 才 )

夫が今まで病気や手術をしたことがありますか

- 1. 耳下腺炎 ( 成人後のおたふくかぜ ) 2. 副睾丸炎 3. 停留睾丸 4. 幼少時のソ径ヘルニア ( 脱腸 ) の手術
5. 糖尿病 6. 高熱疾患 7. 結核 8. 性病 9. 外陰部外傷 10. その他 ( )

□当院で希望する治療は何ですか。

- 1. 一般不妊治療 2. 人工授精 3. 体外受精 4. 顕微授精 5. その他 ( )

要望、ご意見をご自由にお書き下さい。