

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 ( )

□午前診のご希望の方のみお答え下さい

- ・来院はご主人とされますか (はい・いいえ)
・当日ご主人の検査 (精液検査) をご希望されますか (はい・いいえ)
・精液検査希望のご主人へお尋ねします…禁欲期間は何日ありますか ( 日間)

要望、ご意見をご自由にお書き下さい。

\*疑問点はおたずねください