

不妊問診票

年 月 日

氏名：

1) 本日はご主人と来院されましたか？ (はい ・ いいえ)

・ ご主人の検査(精液検査)をご希望されますか？ (はい ・ いいえ) (本日希望 / 後日でも可)

・ ご主人の^{ふりがな}氏名 () 生年月日 (昭・平 年 月 日) 職業 ()

・ 禁欲期間は何日ありますか？ (日間)

2) 結婚はされていますか？ (はい ・ いいえ ・ 婚約中) 結婚年齢 (才) ご主人の結婚年齢 (才)

・ 結婚年月日 (年 月) 離婚 (年 月) 再婚 (年 月)

3) 性生活について教えてください。

・ 避妊していた期間はありますか？ (ある (年 月 ~ 年 月 まで) ・ ない)

・ 不妊期間はどのくらいですか？ (年 ヶ月)

・ 1ヶ月間の性交回数 (回) (週に 回くらい)

4) 他院での治療経験はありますか？ (ある ・ ない) ある と答えた方のみ↓

・ 現在も他院へ通院していますか？ いくつかあればすべて記入してください。

(はい (病院名：) ・ いいえ (通院していた病院名：))

・ どのような検査・治療を受けましたか？

☐ タイミング法 ☐ 頸管粘液検査 ☐ 卵管通気・通水 ☐ 子宮卵管造影検査 ☐ 子宮内膜検査 ☐ 腹腔鏡検査

☐ ホルモン検査 ☐ ヒューナーテスト ☐ ご主人の精液検査 ☐ 人工授精 (回)

☐ 体外受精 (回) ☐ 顕微授精 (回) ☐ 移植 (回) ☐ その他 ()

・ 上記治療の結果で異常と言われた検査がありましたか？ (排卵/精子の異常、頸管粘液が少ないなど)

(ある () ・ ない)

5) 自覚症状または気になる症状がありましたか？

☐ 体温の変動が激しい ☐ 月経痛や月経以外に腹痛がある ☐ 月経が不規則または無月経

☐ 体重の急激な増加・減少がある ☐ 性交痛がある ☐ 喫煙・飲酒の習慣がある ☐ 子宮内膜症や子宮筋腫がある

☐ その他 ()

・ ご主人について病歴・手術歴や気になることがあれば教えてください。

☐ 射精障害 ☐ 副睾丸炎 ☐ 停留睾丸 ☐ 性感染症 (クラミジア・淋菌・梅毒など) ☐ 鼠^{そりい}経ヘルニアの手術歴

☐ 耳下腺炎 (成人後のおたふく風邪) ☐ 糖尿病 ☐ 外傷 ☐ その他 ()

6) 今後の希望をお聞かせください。

☐ まだわからない ☐ 相談のみ ☐ 検査のみ ☐ できるだけ自然妊娠希望 ☐ タイミング法 ☐ 人工授精

☐ 体外受精・顕微授精を考えている ☐ その他 ()

7) 医師に伝えたいことや診察において希望されることがあればご自由にご記入ください。

()

以上ご不明な点等ございましたらお気軽にお尋ね下さい。