

不孕科問診表



姓名 _____

请在适合的项目前里打勾或在空白处填写有关信息。

1) 想生孩子大概有几年了？（从希望怀孕到现在的时间。包括没有热切盼望怀孕但也没有采取避孕措施的期间。）

希望期間は何年位ですか？（妊娠を希望してから今までの期間。積極的に希望していなくても避妊していなかった期間も含む。） _____年 _____个月

2) 如果接受过治疗请告知相关的内容。今までの治療内容。

- 自己计算受孕时机 自己タイミング 约 _____个月 _____ヶ月 不知道受孕时机 タイミングが分からない 有ED（勃起功能障碍）倾向 ED傾向
- 接受受孕时机指导 タイミング治療 _____次回
- 人工授精 _____次回
- 体外受精 _____次回
 - 採卵 採卵 _____次回 体外受精 _____次回 显微授精 顕微授精 _____次回
 - （短方案 / 长方案 ショート法 / ロング法 _____次回, 拮抗方案 アンタゴニスト法 _____次回, 克罗米芬 / 弗隆 クロミッド / フェマラ _____次回）
 - 胚胎移植 胚移植 _____次回 （培养到第2、3天的 Day2・3 移植 _____次回 培养到第4-7天的 Day4-7 移植 _____次回）

3) 请告知相关的检查结果。今までの検査結果。

検査	結果	施行日期	検査	結果	施行日期
子宮頸癌検査 子宮頸がん検診		_____年 _____月	LH（促黄体生成素）		_____年 _____月
衣原体検出 クラミジア検出		_____年 _____月	FSH（促卵泡生成素）		_____年 _____月
抗精子抗体 抗精子抗体		_____年 _____月	E ₂ （雌二醇）		_____年 _____月
AMH（卵巣機能検出）		_____年 _____月	PRL（催乳素）		_____年 _____月

輸卵管造影結果 卵管造影結果	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 異常あり（ _____ ）
性交后試験 フーナーテスト	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 異常あり（ _____ ）
精液検査 精液検査	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 異常あり <input type="checkbox"/> 運動率低 運動率低 <input type="checkbox"/> 数量少 数少ない <input type="checkbox"/> 无精子 精子がない 精液量 _____ 濃度 濃度 _____ 運動率 運動率 _____ 畸形率 畸形率 _____

4) 病史、生活习惯 迄今为止是否得过以下疾病。既往歴、生活習慣。今までにかかられた疾患。

- 阑尾炎 虫垂炎 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 衣原体感染、输卵管炎 クラミジア感染症、卵管炎 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 子宫内膜异位 子宮内膜症 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 子宫肌瘤 子宮筋腫 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 甲状腺疾病 甲状腺疾患 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 宫颈发育异常、宫颈癌 子宮頸部異形成、子宮頸がん 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 卵巢囊肿 卵巣嚢腫 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 子宫内膜息肉 子宮内膜ポリープ 否 なし 是 あり 有无接受手术 手術 无 していない 有 した
- 是否吸烟 たばこ 否 吸わない 是 吸う
- 睡眠时间 睡眠時間 一天 6-8 个小时 1日 6~8時間 不满 6 个小时 6時間未満 8 个小时以上 8時間以上
- 喝咖啡、红茶、绿茶的量 コーヒー、紅茶、緑茶 一天不超过 8 杯 1日 8杯未満 一天超过 8 杯 1日 8杯以上
- 饮酒 アルコール 一个星期 2 杯红酒；啤酒不超过 500cc 週にワイン2杯；ビール500cc未満 超过左项 左記以上 其他

5) 关于您的丈夫 ご主人様について

姓名	联系方式 連絡先 (_____) _____	身高 _____ cm	体重 _____ kg
国籍		血型 (_____) Rh (_____)	
出生年月 公历 _____年 _____月 _____日	年齢 _____歳	职业 職業	

6) 请在所知范围内告知您丈夫的病史、内服药 ご主人の既往歴、内服薬。

- 成年后是否得过流行性腮腺炎 成人後のおたふくかぜ 否 なし 是 あり 不知道 わからない
- 幼年是否做过腹股沟疝气手术 幼少時鼠径ヘルニア手術 否 なし 是 あり 不知道 わからない
- 是否正在使用药物 薬を飲んでいる 否 なし 増成剤 なし 痛风薬 なし 糖尿病薬 なし 降圧薬 なし
- 是否吸烟 たばこ 否 吸わない 是 吸う
- 睡眠时间 睡眠時間 一天 6-8 个小时 1日 6~8時間 不满 6 个小时 6時間未満 8 个小时以上 8時間以上
- 喝咖啡、红茶、绿茶的量 コーヒー、紅茶、緑茶 一天不超过 8 杯 1日 8杯未満 一天超过 8 杯 1日 8杯以上
- 饮酒 アルコール 一个星期 2 杯红酒；啤酒不超过 500cc 週にワイン2杯；ビール500cc未満 超过左项 左記以上 其他