

不妊科問診票



氏名 _____

あてはまる項目に☑、または空欄にご記入ください。

1) 拳児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) _____年 _____ヶ月

2) 今まで治療されていれば内容を教えてください。

タイミング治療 _____回 人工授精 _____回 採卵 _____回 (体外受精 _____回 顕微授精 _____回)

保険胚移植 _____回 施設名 _____ 自費胚移植 _____回

精巣内精子採取術施行の場合 ⇒ 日付 _____ 施設名 _____

他院で生殖補助医療を保険で受けられた方は、前医より診療情報提供書の提出をお願いしております。

3) 今までの検査結果があればご記入ください。

検査	結果	施行日	検査	結果	施行日
子宮頸がん検診		年 月	LH		年 月
クラミジア検査		年 月	FSH		年 月
抗精子抗体		年 月	E2 女性ホルモン		年 月
AMH		年 月	PRL プロラクチン		年 月

卵管造影結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり()
フナーテスト	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり()
精液検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 運動率低い <input type="checkbox"/> 数少ない <input type="checkbox"/> 精子がない 精液量 _____ 濃度 _____ 運動率 _____ 奇形率 _____

4) 既往歴、生活習慣についておききします。今まで以下の疾患にかかれたことがありますか？

虫垂炎 なし あり 手術は？ していない した
 クラミジア感染症、卵管炎 なし あり 手術は？ していない した
 子宮内膜症 なし あり 手術は？ していない した
 子宮筋腫 なし あり 手術は？ していない した
 甲状腺疾患 なし あり 手術は？ していない した
 子宮頸部異形成、子宮頸がん なし あり 手術は？ していない した
 卵巣嚢腫 なし あり 手術は？ していない した
 子宮内膜ポリープ なし あり 手術は？ していない した
 たばこは吸いますか？ いいえ はい
 睡眠時間は？ 1日6～8時間 6時間未満 8時間以上
 コーヒー、紅茶、緑茶は？ 1日8杯未満 1日8杯以上
 アルコールは？ 週にワイン2杯;ビール500cc未満 左記以上 その他

5) ご主人様について

フリガナまたはローマ字(パスポート記載のもの)	連絡先 () —	身長 cm	体重 kg
氏名		血液型() Rh()	
	生年月日 西暦 年 月 日(歳)	職業	

6) ご主人の既往歴、内服薬をご存じでしたらご記入ください。

成人後のおたふくかぜ なし あり わからない
 幼少時鼠径ヘルニア手術 なし あり わからない
 薬を飲んでいる なし 増毛剤 痛風薬 糖尿病薬 降圧剤
 たばこは吸いますか？ いいえ はい
 睡眠時間は？ 1日6～8時間 6時間未満 8時間以上
 コーヒー、紅茶、緑茶は？ 1日8杯未満 1日8杯以上
 アルコールは？ 週にワイン2杯;ビール500cc未満 左記以上 その他