

不妊問診票

- 不妊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みます。）

_____年 _____ヶ月

- 基礎体温表をつけていますか？

はい いいえ

- 今までに不妊治療を受けたことはありますか？

受けたことはない

受けたことはないが、自分でタイミング療法をしていた

他院を受診したことがある

そのときの診療に関して分かる範囲でご記入ください。

・どのような検査を受けましたか？

子宮癌検診（ _____年 _____月 異常無・有） クラミジア検査（ _____年 _____月 異常無・有）

ホルモン検査（ _____年 _____月 異常無・有） 子宮卵管造影（ _____年 _____月 異常無・有）

フーナーテスト（ _____年 _____月 異常無・有） 精液検査（ _____年 _____月 異常無・有）

その他（ _____ ）

・どのような治療を受けましたか？

排卵誘発剤を使用したことは・・・ ない ある（内服薬 _____ 注射 _____）

タイミング療法（ _____回） 人工授精（ _____回）

体外受精（ _____回） 顕微授精（ _____回）

融解胚移植（ _____回）

その他（ _____ ）

- 不妊検査を受けたいと考えていますか？

基本的な検査は全て受けたい

必要に応じて受けたい

受けたくない

分からない

- 不妊治療に関するご希望を教えてください。

タイミング療法（ _____希望する _____必要に応じて希望する _____分からない）

人工授精（ _____希望する _____必要に応じて希望する _____分からない）

体外受精、顕微授精（ _____希望する _____必要に応じて希望する _____分からない）

- ご主人さまのご協力は頂けますか？

はい いいえ 内緒にしている わからない

- 生活習慣について教えてください。

睡眠時間は・・・毎日（ _____ ）時間 決まっていない

運動は・・・毎日する 時々する あまりしない

煙草は・・・吸う（1日 _____本） 吸わない

お酒は・・・毎日飲む 時々飲む 飲まない

不妊治療に関してご要望等ありましたらご記入ください。