

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 ____ 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

↓

○ 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

	氏名	生年月日	身長	体重	連絡先
ご本人様		S・H 年 月 日	cm	kg	
ご主人様		S・H 年 月 日	cm	kg	