

# 不妊問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 夫 才

■ 結婚されてどのくらいたちますか \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 避妊はしていなかったが妊娠はしなかった  
 一定期間避妊していたが、避妊をやめても妊娠しなかった 避妊 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月 自然 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 流産した \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

■ 今までに不妊の検査を受けたことがありますか。  ある  ない

基礎体温	通気又は通水	ホルモン(内分泌)検査
卵胞計測	腹腔鏡	精液検査
ヒューナー検査	子宮卵管造影	免疫学的検査 (自己抗体・抗精子抗体など)

■ 今までに不妊治療を受けたことがありますか。  ある  ない

排卵誘発 ( \_\_\_\_\_ クロミッド FHS HMG HCG )  
 漢方薬 \_\_\_\_\_ その他薬物療法 \_\_\_\_\_  
 人工授精 \_\_\_\_\_ 回 体外受精 \_\_\_\_\_ 回 顕微授精 \_\_\_\_\_ 回  
 その他 \_\_\_\_\_

■ 今まで治療で困ったことがありますか。  ある  ない

薬の副作用 薬品名 \_\_\_\_\_  
 症状 蕁麻疹・湿疹・めまい・吐き気・便秘・注射部の炎症  
 その他 \_\_\_\_\_  
 OHSS になった事がある。

■ 奥様と旦那様の当院での治療方法の希望をお聞かせ下さい。( \_\_\_\_\_ を付けてください。)

	奥様	旦那様
夫婦間の話し合いをしていない		
検査のみ		
タイミング法		
排卵誘発剤の使用		
人工授精		
体外受精		
ED の治療		
産み分け(ゼリー)	男の子希望 or 女の子希望	男の子希望 or 女の子希望
その他		

■ 受診希望日  
 いつでもよい ( \_\_\_\_\_ ) 曜日 ( \_\_\_\_\_ ) 時頃希望

■ 当院を選んだ理由・当院に転院された理由を差し支えなければお聞かせ下さい。