

挙児希望者用問診票

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* これからの診察の参考に致しますので正確にご記入及び□にチェックをお願いします。

* 当院では「個人情報の保護に関する法律」に従い、患者様の個人情報を厳密に取り扱っています。

妊娠を希望されてからの期間をお聞かせください。 _____ 年 _____ 月	
基礎体温は記録していますか？ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 体温表 <input type="checkbox"/> PC・スマートフォン <input type="checkbox"/> デジタル) <input type="checkbox"/> いいえ	
風疹抗体検査実施の有無	なし・あり
検査(再検査)の希望はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

● 今までに行った不妊症検査についてお聞かせ下さい。

検査名	実施の有無	異常の有無
AMH (抗ミュラー管ホルモン) 値測定	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)
子宮卵管造影(HSG・X線検査)	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)
ホルモン検査(血液検査)	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)
クラミジア検査(抗原・抗体)	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)
腹腔鏡検査(ラパロスコピー)	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)
性交後試験(フーナーテスト)	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)
精子不動化抗体検査(血液検査)	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)
精液検査	なし・あり(_____ 年 _____ 月)	なし・あり(_____)

● 今までに行った不妊症治療についてお聞かせ下さい。

治療法	実施時期	種類・回数・結果など
タイミング法	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	
排卵誘発法	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	
人工授精(AIH)	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	
体外受精(IVF)	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	
顕微授精(ICSI)	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	
手術(腹腔鏡・TCR・FT法など)	_____ 年 _____ 月	

● 通院についての現状や不妊治療についてご希望の治療方針をお聞かせ下さい。

ご主人は治療についてどのようにお考えでしょうか？	<input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 非協力的 <input type="checkbox"/> どちらでもない
ご家族に治療をしていることを秘密にしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (どなたに： _____)
<input type="checkbox"/> とりあえず不妊原因を調べる検査をして欲しい。 <input type="checkbox"/> できるだけ自然な方法で妊娠したいので人工授精や体外受精・顕微授精は希望しない。 <input type="checkbox"/> 人工授精までの治療は望むが体外受精・顕微授精は希望しない。 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療(タイミング法・人工授精)でできなければ体外受精・顕微授精まで希望する。 <input type="checkbox"/> これまでの治療経過や年齢を考慮して最初から体外受精・顕微授精を希望する。 <input type="checkbox"/> よく分からないので治療方針を相談したい。 その他ご希望があればお書き下さい。 _____	