

不妊問診票

妻	フリガナ	生年月日 昭・平 年 月 日 (才)
	氏名	
	携帯電話	携帯メールアドレス
夫	フリガナ	生年月日 昭・平 年 月 日 (才)
	氏名	
	携帯電話	携帯メールアドレス
ご住所	〒 -	自宅電話 自宅メールアドレス

以下妻用

1. 血液型 _____ Rh(+).(-) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
2. 当院で希望する治療は何ですか。 ①不妊検査 ②一般不妊治療 ③人工授精 ④体外受精
3. 結婚歴 結婚年齢 _____ 才 (結婚 西暦 _____ 年 _____ 月) 離婚(西暦 _____ 年 _____ 月) 再婚(西暦 _____ 年 _____ 月)

4. 不妊期間 (_____ 年 _____ ヶ月) その間避妊していた期間あるいは sexless の期間、おおよそ _____ 年 _____ ヶ月
5. 今まで治療していた病院で、不妊期間は何と診断されましたか 不妊原因 (_____)
6. 妊娠歴 妊娠したことがありますか (はい ・ いいえ) 妊娠した事がある方はお答え下さい。
人工妊娠中絶 () 回 西暦 _____ 年 _____ 月
自然流産 () 回 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 週 胎のう(+)/(-)、心拍(+)/(-)
子宮外妊娠 () 回 西暦 _____ 年 _____ 月
分娩 () 回 西暦 _____ 年 _____ 月
自然分娩 () 回 帝王切開 () 回

▼二枚目にも必ずご記入ください

7. 性生活 1ヶ月の性交回数（約 回位）

8. 今までに不妊検査を受けた方はその内容

- ①基礎体温(正常・異常) ②子宮卵管造影法(正常・異常)
- ③卵管通気法・通水法(正常・異常)
- ④精液検査(正常・異常:具体的に)
- ⑤ホルモン検査(正常・異常:具体的に)
- ⑥その他()

9. 今までどのような不妊治療を受けましたか。

- ① タイミング法(回)
- ② 人工授精(回)
- ③ ホルモン療法(クロミフェン 回、その他 回)
- ④ その他の薬物療法 ()
- ⑤ 体外受精・顕微授精(採卵 回 新鮮胚移植 回 凍結胚移植 回)
- ⑥ その他()

施行年	施行施設	体外受精の方法	卵巣刺激法	採卵数	受精数	凍結胚数	胚移植数	結果	備考
		顕微授精 体外受精 凍結胚移植						妊娠せず 妊娠後流産 出産	
		顕微授精 体外受精 凍結胚移植						妊娠せず 妊娠後流産 出産	
		顕微授精 体外受精 凍結胚移植						妊娠せず 妊娠後流産 出産	
		顕微授精 体外受精 凍結胚移植						妊娠せず 妊娠後流産 出産	
		顕微授精 体外受精 凍結胚移植						妊娠せず 妊娠後流産 出産	
		顕微授精 体外受精 凍結胚移植						妊娠せず 妊娠後流産 出産	
		顕微授精 体外受精 凍結胚移植						妊娠せず 妊娠後流産 出産	

以上です。ありがとうございました。